

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

No 228

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MARCEL WIGNIOLLE

Né le 16 Mars 1893, Douai

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

LA LOCALISATION GÉNITALE
DU
LICHEN DE WILSON

Président : M. JEANSELME, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

228
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MARCEL WIGNIOLLE

; Né le 16 Mars 1893, Douai

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

LA LOCALISATION GÉNITALE
DU
LICHEN DE WILSON



Président : M. JEANSELME, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et Chimie générale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Opérations et appareils
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée
Clinique médicale
Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies contagieuses
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires
Clinique d'accouchements
Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile
Clinique thérapeutique
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie

MM.
NICOLAS.
CUNEO.
Ch. RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANCON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.
RENON.
LECENE.
LETULLE.
PRENANT.
DUVAL.
POUC. ET.
CARNOT.
BERNARD.
BALTHAZARD.
MENETRIER.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBECOURT.
DUPRE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TEISSIER.
DELBET.
GOSSET.
LEJARS.
HARTMANN.
DE LAPERSONNE.
LEGUEU.
BAR.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
J. E. FAURE.
Ang. BROCA.
VAQUEZ.
SEBILEAU.

Agrévés en exercice

MM.

ABRAMI.
ALGLAVE.
BASSET.
BAUDOUIN.
BLANCHETIÈRE.
BRANCA.
CAMUS.
CHIRAY.
CHAMPY.
CHEVASSU.
CLERC.
DESMAREST.
DEBRE.

DUVOIR.
FIESSINGER.
GARNIER.
GOUGEROT.
GREGOIRE.
GUILLEMINOT.
GUENIOT.
GUILLAIN.
HEITZ-BOYER.
JOYEUX.
LABBÉ HENRI.
LAIGNEL-LAVAS-
TINE.

LANGLOIS.
LARDENNOIS.
LEMIERRE.
LEQUEUX.
LEREBoullet.
LERI.
Le LORIER.
LEVY-SCLAL.
MATHIEU.
METZGER.
MOCQUOT.
MULON.
OKINCZYC.

PHILIBERT.
RATHERY.
REITTERER.
RIBIERRE.
RICHAUD.
ROUS-Y.
ROUVIERE.
SCHWARTZ, A.
TANON.
TERRIEN.
TIFFENEAU.
VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE
LE DOCTEUR WIGNIOLLE
MON PREMIER MAÎTRE

A MA MÈRE

Hommage filial de respect et d'affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITIKUES
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR THIBIERGE
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS
PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous inspira le sujet de cette thèse
et nous guida de ses précieux conseils.
Respectueux hommage de profond
gratitude.*

INTRODUCTION

Le lichen de Wilson, dans certaines de ses localisations, revêt des aspects assez particuliers et dignes d'être un peu moins ignorés. Leur connaissance clinique est, en effet, de première importance, qu'il s'agisse de lichen palmaire ou plantaire, de lichen buccal ou enfin de lichen génital, car, dans ces trois localisations, les lésions peuvent facilement en imposer à l'observateur trop peu attentif pour des manifestations syphilitiques.

Comme nous essayerons de le montrer, la localisation du lichen de Wilson sur les organes génitaux apparaît comme extrêmement fréquente lorsqu'on veut bien se donner la peine de la rechercher ; et si l'on songe à la tendance qu'ont les médecins à faire de toute lésion des organes génitaux une affection vénérienne, et cela parce qu'ils ne pensent pas suffisamment à la possibilité de localisations génitales d'autres affections que la syphilis et le chancre, on comprendra l'importance de l'exactitude du diagnostic et la gravité des conséquences qui découle de toute erreur.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de faire ce travail, où nous avons rassemblé les types variés que pré-

sente le lichen de Wilson suivant les changements de structure du revêtement génital dans son passage de la peau à la cutanéomuqueuse et à la muqueuse.

Nous n'avons pour but que de fixer quelques formes de ces lésions généralement méconnues ou insuffisamment connues. Et nous sommes vivement reconnaissant à notre maître, M. le Docteur Thibierge, d'avoir attiré notre attention, pendant l'année que nous avons passée dans son service, sur cette question d'une réelle utilité pour le malade et pour le médecin. Il importe, en effet, dans les affections de ce genre, d'établir un diagnostic d'emblée et aussi peu hésitant que possible, car on connaît l'inquiétude que donne aux malades la constatation d'une lésion génitale et le danger d'une première fausse route en matière de diagnostic : le médecin fut plus d'une fois l'origine d'une syphilophobie.

Nous montrerons d'autre part qu'un médecin averti peut tirer grand profit, dans certains cas, de l'examen d'un lichen de Wilson génital sur lequel il pourra baser un diagnostic que des lésions déformées par des traitement intempestifs ou présentant des caractères un peu anormaux, ne lui permettraient pas d'établir par ailleurs.

De sorte que, comme le fait remarquer M. le Docteur Thibierge, le lichen des organes génitaux doit, chez l'homme tout au moins, être recherché systématiquement dans les cas douteux d'affections cutanées papuleuses sèches et servir au diagnostic du lichen de Wilson au même titre que le lichen buccal.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer dans notre sujet, d'exprimer notre respectueuse et très profonde reconnaissance à notre maître, M. le Docteur Thibierge, pour les inappréciables leçons qu'il nous a prodiguées dans son service de l'Hôpital Saint-Louis, pour l'aide qu'il a bien voulu apporter à notre travail, les documents et observations personnels qu'il nous a communiqués.

Nous remercions aussi M. le Professeur Jeanselme de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

Les médecins de la plus haute antiquité employaient déjà le terme botanique lichen pour désigner un ensemble de dermatoses dont les principaux caractères étaient la sécheresse et la rugosité, caractères qui faisaient ressembler ces affections aux lichens que nous voyons sur l'écorce de certains arbres. Plus près de nous, dans les descriptions des anciens auteurs : Willan, Cazenave, Rayer, Devergie, etc., on ne peut guère retrouver le tableau clinique de cette forme très spéciale de lichen que Wilson devait extraire plus tard de ce groupe vraiment chaotique. Le terme « lichen » s'appliquait alors toutes les exagérations des plis de la peau, s'accompagnant de papules plus ou moins nettes et de prurit.

Mais ce serait sortir quelque peu de notre sujet que de faire toute l'histoire des erreurs et des méprises des premiers auteurs. Elles donnèrent lieu à toute une nomenclature, l'une des plus embrouillées qui soit. Disons seulement que Willan et Bateman ont appelé lichen une maladie caractérisée par une « éruption de papules rouges, quelquefois distinctes, quelquefois en groupes, accompagnée d'une sensation pénible de douleur et de pi-

qu'on, et habituellement terminée par desquamation ; maladie récidivante mais non contagieuse ».

Après eux, Bazin, sous le nom de « lichen pilaris par altération fonctionnelle », fait une description assez nette de la papule élémentaire.

Mais c'est grâce à Wilson et à l'Ecole de Vienne, avec Kaposi qu'on n'admet plus bientôt sous cette dénomination que les dermatoses caractérisées par des papules persistant pendant toute la durée de la maladie, sans transformations possibles.

Si Erasmus Wilson n'a pas vu, en 1869, l'unité pathogénique des diverses formes de l'affection qu'il décrivait, il nous a cependant laissé une description restée classique de l'élément papuleux en insistant, entre autres caractères distinctifs, sur l'aplatissement des papules de cette variété qu'il appelle « planus ». C'est cette même variété que Hebra désigne en 1881 sous le nom de lichen ruber planus et que Kaposi, bien à tort d'ailleurs, dénomme ensuite : acuminatus.

Depuis, la terminologie s'est considérablement simplifiée.

Déjà la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum commençait à se faire jour. (Congrès international de Dermatologie, Paris 1889.)

Avec l'introduction dans la dermatologie de la théorie de la lichenification, Vidal, Brocq et Jacquet continuaient le démembrement de cet ensemble jadis si confus. Seul, le lichen dit improprement plan subsistait, qui n'avait pu rentrer dans le cadre d'une affection décrite jusque-là et

s'affirmait, au contraire, comme de plus en plus nettement différencié.

Successivement le décrivent Vidal, puis Heguy et Lavergne, dans leur thèse inaugurale, Colcott, Fox, etc... Thibierge, le premier en France, décrit, en 1885, les lésions de la muqueuse buccale dans le lichen plan. Audry, Dubreuilh, Gautier, etc., rapportent des observations de lichen buccal sans manifestations cutanées.

Le lichen des organes génitaux est de connaissance assez récente. Ce n'est qu'en 1881, que Duncan Bulkley donne la première description, ou plutôt un peu plus qu'une mention d'un lichen plan du penis. Jusqu'alors, les auteurs se contentaient de signaler par exemple la généralisation d'un lichen sans spécifier si les organes génitaux étaient ou non intéressés. Quelquefois pourtant, ils nous donnaient cette précision, mais sans le moindre développement.

En 1882, Crocker présente à la Société médicale de Londres un malade atteint de lichen plan de la peau et de la muqueuse buccale avec localisation au gland. Dans sa thèse, Lavergne est presque muet sur le lichen génital. Suivent bientôt des observations plus ou moins complètes de lichens généralisés à localisation génitale : Besnier, Colcott Fox, Gaucher et Gruelle (1904)... Brocq en fait une description très sommaire dans la *Pratique Dermatologique* 1902. Heuss, en 1900, publie le premier cas de lichen de l'urètre, le seul d'ailleurs que nous connaissons.

Par la suite, le lichen des organes génitaux est signalé d'une façon à peu près continue par Abraham, Gottheil,

Jackson, Oulmann, etc... et bien d'autres. Nous verrons d'ailleurs que ce siège du lichen de Wilson n'est pas une rareté.

En 1916, Sachs publie un cas de lichen scléreux du pénis.

L'association d'un lichen buccal et d'un lichen de la verge est observée par Joseph, tandis que Nicolas et Favre rapportent une observation de lichen vaginal avec autre localisation à la muqueuse buccale.

Le lichen vulvaire n'a été que très succinctement décrit par quelques rares dermatologistes. Riecke, dans le traité de Mracek (1905) lui accorde un peu plus qu'une mention. Crocker rencontre un cas de lichen plan de la vulve chez une petite fille de 3 ans et demi.

Les auteurs modernes Brocq, Sachs, Little (1919), etc., ont réservé une place, dans leurs articles didactiques, aux aspects très spéciaux du lichen génital.

ÉTIOLOGIE

Fréquence — Siège

Lavergne montre le lichen plan comme une affection peu fréquente : A Saint-Louis, 8 ou 10 cas par an. Malgré ce qu'en pensent certains auteurs, il semble bien que le lichen de Wilson ait augmenté très notablement de fréquence depuis quelques années. Nous pouvons dire qu'il ne se passe guère de semaine que nous n'ayons l'occasion d'en voir au moins un cas à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis et M. le Docteur Thibierge remarque qu'en 1882, pendant six mois, il ne s'en est pas présenté un seul cas dans le service et à la consultation de son maître, Ernest Besnier. D'ailleurs, c'est une maladie moins rare encore dans la clientèle de ville, chez les intellectuels et les gens cultivés que dans la clientèle hospitalière (Morris, Pringle, etc.). Crocker, appuyant sa statistique sur 10.000 malades présentant des affections cutanées, trouve 1 % de lichen de Wilson. Graham Little, sur 30.000 cas, ne trouve que 0,5 %. Il note, avant 1914, 104 cas en 12 ans, et de 1914 à 1918, 42 cas.

Quelle est maintenant la fréquence de la localisation génitale ?

A propos du lichen de la muqueuse buccale, Dubreuilh

a écrit que, dans les formes généralisées, les lésions buccales étaient la règle, et leur absence l'exception ; dans les formes localisées, leur présence était l'exception. Nous serions tenté de reprendre cette même formule pour synthétiser la fréquence du lichen des organes génitaux ; et s'il est difficile d'établir une statistique pour la raison que les auteurs ont trop rarement fait porter leurs investigations sur ces régions où, comme nous le verrons plus loin, les symptômes subjectifs sont bien souvent réduits à leur minimum, il n'en est pas moins vrai que, dans les quelques cas qu'il nous a été donné d'observer, nous avons trouvé, chez l'homme, des lésions génitales dans 7 cas sur 10 de lichen généralisé.

Chez la femme, l'examen est moins aisé pour des raisons que l'on comprendra. Il nous a paru cependant que le lichen vulvaire était un peu plus rare. Little en rapporte 4 cas personnels, Morris 1 cas, Hoffmann 2 cas.

Voici, par ordre de fréquence, les régions généralement atteintes : fourreau de la verge et prépuce, gland, scrotum, urètre. Chez la femme : région pubienne, grandes lèvres, petites lèvres et vestibule du vagin, clitoris, vagin (Nicolas et Favre).

En général, on peut dire qu'il n'y a aucun rapport entre la gravité de l'affection et la propagation aux muqueuses, aucun rapport entre l'étendue des lésions du corps et leur présence sur les muqueuses.

La localisation primitive du lichen aux organes génitaux n'est pas non plus une rareté. Herxheimer rapporte 3 cas où la maladie avait débuté par le penis. Citons aussi

les observations de Bulkley, Audry, l'intéressante observation de Page, de Heuss, Roux, Besnier, Breda, etc. Kobner a vu un cas de lichen unilatéral de la moitié gauche du pénis. Hébra considère la couronne du gland, comme un lieu d'élection.

On pourra également observer un lichen génital associé au lichen buccal (cas de Joseph).

Mais la forme de beaucoup la plus rare est certainement le lichen isolé des organes génitaux et restant tel jusqu'à la guérison (cas de Little).

Age — Sexe

Le lichen de Wilson se rencontre à tous les âges, mais surtout de 30 à 55 ans. Il est rare chez le jeune enfant : Robinson l'a décrit chez un enfant de 23 mois. Kaposi chez un enfant de 8 mois. Crocker a signalé un lichen plan de la vulve chez une petite fille de 3 ans et demi. Nous rapportons, d'autre part, une observation de lichen généralisé chez une femme de 70 ans.

Peut-être est-il un peu plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Graham Little trouve, sur 270 cas, 171 femmes et 99 hommes. Mais les statistiques sont souvent contradictoires. Brocq, d'accord avec les statistiques allemandes, note une prépondérance marquée chez l'homme.

Ajoutons qu'il ne semble y avoir aucun rapport entre l'âge, la profession du malade et la propagation génitale.

Y aurait-il cependant des phénomènes d'appel appréciable cliniquement ? Nous ne le pensons pas. Aucune

cause spéciale ne nous a paru jouer un rôle quelconque en vue de cette localisation. Dans l'une de nos observations, le fourreau de la verge présentait une large cicatrice, reliquat d'un chancre simple assez récent, mais sur laquelle on ne voyait aucune papule.

De même y aurait-il une relation entre le lichen vulvaire et les accouchements antérieurs, traumatismes intenses auxquels sont soumises les régions génitales ? Notre malade de 70 ans a eu 4 enfants, sans que les accouchements aient été particulièrement pénibles ; et dans d'autres cas la femme n'a jamais eu d'enfant (ob. de Crocker).

Donc, avec des éruptions généralisées et d'intensité égale, on verra des malades présenter des lésions génitales alors que d'autres en seront indemnes ; et cela n'a rien de surprenant. Pareils faits se retrouvent généralement dans les éruptions d'origine infectieuse et concordent avec la théorie pathogénique que nous allons défendre.

PATHOGÉNIE

La pathogénie du lichen de Wilson reste encore incertaine. Depuis la conquête de son autonomie, le lichen de Wilson n'a pas cessé de susciter des hypothèses variées, étayées le plus souvent sur des faits trop spéciaux, ou en tout cas particuliers. Une théorie n'était pas née qu'un cas surgissait où sa vérification devenait impossible. Et d'ailleurs la multiplicité des formes et des localisations prêtaient sans cesse des arguments à l'appui des théories les plus diverses.

Depuis que Cazenave, en 1844, avait fait, des lichens en général, une « maladie dite nerveuse », les dermatologistes n'avaient guère, pour la plupart, recherché une origine un peu moins nébuleuse. Les émotions, chagrins, préoccupations, leur semblaient des causes déterminantes et suffisantes. D'autres pourtant impressionnés par les formes de lichen en bandes, linéaires, etc..., admettaient une lésion nerveuse périphérique ou centrale sans d'ailleurs l'expliquer. Ils apportaient, à l'appui de leur hypothèse, les cas de lichen développés sur des cicatrices, des traumatismes divers, des lésions de grattage, sans songer que les lésions syphilitiques, la tuberculose, etc., ne sont pas non plus insensibles à ces causes d'appel.

Le traitement hydrothérapique, préconisé par Jacquet, a donné à cet auteur des guérisons assez rapides. Sans compter que cette thérapeutique fut généralement tardive et que le lichen de Wilson peut guérir spontanément au bout d'un temps plus ou moins long, l'auteur commettait, en tirant une conclusion de ce mode de traitement une erreur assez analogue à celle de Thurston G. Lusk lorsqu'il admettait l'origine syphilitique du lichen de Wilson sous prétexte que le mercure permettait d'obtenir la guérison...

Contagion — Hérité

Lavergne le déclarait ni héréditaire, ni contagieux. Il incriminait cependant l'arthritisme dans la moitié des cas. Il semble bien actuellement que cette dyscrasie n'ait rien à faire ici. Le nervosisme est, au contraire, assez fréquent.

La prédisposition a été sinon admise, du moins sous-entendue par Jadassohn, qui tirait cette déduction de plusieurs cas familiaux qu'il avait observés. En effet, dans quelques-uns de ces cas, il s'agissait de la mère et de la fille ou du fils. D'autres cas de lichen chez mère et fille furent ensuite rapportés par Jadassohn, Brocq, Riecke, etc.

En 1906, Bettman parvient à recueillir, dans la littérature médicale, 18 cas de lichen familial. Il remarque que les malades vivaient habituellement tellement éloignés les uns des autres qu'il ne pouvait être question de contagion.

Veiel a vu, en 1908, une famille composée du père, de

la mère et de 2 enfants ; tous quatre vivaient ensemble et 3 d'entre eux furent atteints presque en même temps d'une éruption de lichen plan. Seule la mère fut indemne. Autre observation de Ormerod : mère, fils et fille.

Mais n'est-il pas possible de considérer un certain nombre de ces cas familiaux comme des cas de contagion, puisque nous sommes dans l'ignorance absolue et du mode de contagion et de la durée d'incubation ?

Morel-Lavallée s'en était servi pour démontrer la transmissibilité du lichen plan. C'est surtout après lui qu'on eut recours à l'expérimentation pour rechercher cette transmissibilité éventuelle et la contagiosité possible.

Stowers a vu l'éruption chez deux sœurs. Brooke chez deux frères et un oncle.

Remarquons encore que, malgré le nombre déjà considérable de cas de lichen des organes génitaux que l'on connaît, la contagion par les rapports sexuels n'a pas été signalée. Il existe bien quelques observations de lichen plan chez mari et femme : Brocq en a publié plusieurs. Outre que ces faits ne sont pas fréquents, il n'y est souvent pas question de localisation génitale ; et on ne peut tirer aucune conclusion de ce cas de Brocq : chez le mari lichen buccal et sur le gland plusieurs papules violâtres, polygonales, typiques de lichen plan circiné en évolution. Onze ans après, lichen de la bouche chez la femme.

Il nous semble qu'à l'heure actuelle deux hypothèses seulement soient encore discutables : l'origine toxique ou autotoxique et l'origine infectieuse ou parasitaire. Seules, elles expliquent les cas de lichen suraigu où l'éruption se

généralise en une nuit et les lésions des muqueuses dont on ne semble pas avoir tenu un compte suffisant.

Signalons cependant quelques cas bizarres, tel celui de Shillitoe dans lequel un lichen plan de la verge apparaît à la suite d'un coït un peu trop violent ; et encore cet autre de Morris déterminé par l'application d'un antiseptique sur la main ; tel encore celui de Little après traitement de la gale. Mais ces cas ne sont pas assez fréquents pour qu'il faille y attacher une grande importance, et ne sont sans doute pas en dehors des coïncidences possibles.

Brooke, Galloway, etc., regardent cette affection comme due à une cause toxique. Avec Leredde, ils soutinrent également la théorie autotoxique (diabète), sans grand succès d'ailleurs, car on peut, avec juste raison, invoquer contre cette hypothèse le polymorphisme des lésions.

L'origine microbienne fut défendue par Unna, Lassar, Hallopeau, etc., plus récemment par Nobl, Dind (de Lausanne), qui croit à un parasite.

Dans un travail d'ensemble sur la question, Thibierge vient d'exposer une conception bien particulière du lichen de Wilson. Se basant sur ce fait que l'affection ne récidive que rarement (quelques cas seulement qui viennent confirmer la règle), qu'elle semble comporter contre elle-même une sorte de vaccination, l'auteur tire une certitude que non seulement il s'agit là d'une maladie infectieuse mais qu'elle serait de plus engendrée par un agent spécifique. L'hypothèse est séduisante et s'appuie d'ailleurs sur des arguments de grande valeur. Malheu-

reusement tant que l'agent pathogène n'aura pas été isolé, ou tant que l'inoculation n'aura pas reproduit systématiquement la maladie, la discussion restera ouverte.

Cet élément microbien viendrait-il du dehors ou du dedans? Deux faits plaident plutôt en faveur de la seconde hypothèse : 1° les faits de lichen suraigu où l'on voit l'éruption se généraliser à la surface entière du corps en un très court espace de temps, une nuit par exemple ; 2° la présence du lichen sur les muqueuses. Car si la muqueuse buccale est encore facilement accessible de l'extérieur, les muqueuses vaginales et surtout urétrales le sont beaucoup moins. Signalons encore un troisième fait fort intéressant :

M. le P^r Jeanselme a inoculé au bras d'un malade atteint de lichen de Wilson le produit de grattage d'une papule et a fait sur l'autre bras une scarification-témoin. Les deux points étaient placés sous verre. Or des papules apparurent aussi bien à droite qu'à gauche.

Il résulte de ce que nous venons de dire que le lichen de Wilson est probablement une maladie infectieuse, sans doute spécifique, mais dont l'apparition chez des sujets nerveux, à la suite de troubles psychiques, émotionnels ou autres, porte à admettre une relation entre deux ordres de causes considérées généralement comme n'ayant aucun point commun. Il ne semble cependant pas qu'il y ait là contradiction. Les affections microbiennes succédant à des causes dites « a frigore » ne sont plus douteuses et la cause ne peut y être effective que par l'entremise du système nerveux, qu'il y ait dépression ou choc

nerveux. Il existe d'ailleurs une affection ,qui n'est peut-être pas la seule, contagieuse et inoculable, dans laquelle le système nerveux exerce son influence. Il le fait non seulement pour l'apparition, mais encore pour la disparition de cette maladie — nous voulons parler des verrues vraies.

Quoi qu'il en soit de cette complexité pathogénique, nous ne saurions trop nous rallier à cette dernière conception et c'est, croyons-nous, avec juste raison que M. Thibierge écrivait tout récemment : « J'ai la conviction qu'un jour on établira l'origine infectieuse du lichen de Wilson, sa spécificité étiologique. »

DÉFINITION — DIVISION

Avec la majorité des dermatologistes modernes, nous rangerons sous la même appellation de lichen de Wilson une dermatose caractérisée dans sa forme originelle par une papule à angles, qu'elle soit polygonale ou encore rectangulaire, voire même triangulaire, de surface plane, brillante et miroitante, quelquefois ombiliquée, colorée en jaune orange, lilas ou brun violet, et donnant suivant sa disposition ou ses degrés de transformation les variétés : annulaire et circinée, atrophique et scléreuse, hypertrophique et cornée. Autre caractère essentiel : le lichen de Wilson, quel qu'en soit le type, peut affecter non seulement la peau, mais encore toutes les muqueuses. Il présente en outre cette particularité, commune avec quelques autres affections, de se reproduire sur les points de friction, les traînées de grattage, etc.

Notre étude du lichen des organes génitaux pourrait comprendre : 1°) l'étude d'un lichen cutané; 2°) l'étude d'un lichen muqueux.

Cette division serait tellement schématique qu'elle ne correspondrait plus avec exactitude qu'à une toute petite partie des régions génitales. En effet nous ne devons pas

oublier qu'il s'agit ici et avant tout d'une région de transition entre la peau ectoderme primitif de l'embryon et la muqueuse endoderme primitif. Entre ces deux formations se trouve un revêtement tenant à la fois, quant à ses propriétés de la peau et de la muqueuse, mais que l'histologie et le développement embryologique nous ordonnent de considérer comme un dérivé ectodermique. Il s'ensuit donc que le gland et la face interne du prépuce possèdent des semi-muqueuses ou encore des muqueuses du type dermo-papillaire, c'est-à-dire montrant un chorion hérissé de papilles et un épithélium pavimenteux stratifié sans couches cornées à l'état normal. — Même structure chez la femme pour les formations situées entre les grandes lèvres et le vagin.

Le revêtement du gland et de la face interne du prépuce pourra d'ailleurs présenter de légères variations suivant que le prépuce sera porté ou non d'une façon habituelle rétracté en arrière de la couronne du gland.

Nous aurions voulu pouvoir nous en tenir au procédé beaucoup plus clinique de la description par régions; mais étudier séparément le lichen du fourreau, du scrotum, du gland, etc., eût été rendre les redites inévitables étant donné que des formes identiques peuvent se retrouver sur chacune de ces régions, qu'il n'y a pas de différence capitale entre un lichen circiné du fourreau et ce même lichen sur le gland, entre un lichen blanc de l'urètre et un lichen blanc du vagin.

Nous croyons préférable de décrire successivement l'aspect de la lésion type du lichen de Wilson dans sa locali-

sation génitale, puis les différentes variétés qui sont susceptibles d'intéresser les organes génitaux : lichens annulaires, lichens hypertrophique et atrophique, lichen blanc.

Nous laisserons volontairement de côté le lichen *ruber acuminatus* de Neumann et de Neisser, les formes vésiculeuses ou bulleuses que nous ne connaissons pas et dont nous n'avons trouvé dans la littérature aucune mention de localisation génitale.

Notre division n'aura rien d'absolu. Nous étudierons seulement les différentes formes en les situant sur les régions où elles nous ont paru présenter le maximum de caractères distinctifs en même temps qu'une fréquence toute particulière :

1° Lichen plan : fourreau de la verge;

2° Lichen annulaire à éléments multiples : gland, vulve cutanée et semi-muqueuse.

3° Lichen annulaire à élément unique : fourreau de la verge, gland.

4° Lichen hypertrophique : scrotum.

5° Lichen atrophique : vulve.

6° Lichen des muqueuses ou lichen blanc (1), urètre, vagin, accessoirement : gland, vestibule du vagin, clitoris.

On voit, dans cette nomenclature, que nous avons tenu

(1) On se gardera bien de confondre ce lichen blanc avec le *lichen albus de Zumbusch* qui, comme l'a dit Hallopeau, est un beau type de la forme scléreuse du lichen de Wilson.

à faire une distinction entre deux formes de lichen annulaire bien que les auteurs, tant français qu'étrangers, aient employé indifféremment ce terme pour désigner des configurations et des processus tout à fait différents. D'un côté les papules de lichen prennent d'emblée ou acquièrent la disposition en anneau mais gardent leur individualité; tandis que dans l'autre type, le cercle dérive d'une seule papule par un processus à évolution centrifuge avec regression centrale. (Cavafy et Brooke, Dubreuilh, etc.)

ÉTUDE CLINIQUE

1° Lichen plan

La papule plane est certainement la forme lichénienne que l'on a l'occasion d'observer le plus souvent, même sur les organes génitaux et en particulier sur les organes génitaux de l'homme. Voici par ordre de fréquence, les régions généralement atteintes : fourreau de la verge, gland, prépuce, scrotum, grandes lèvres.

Nous avons pris pour type de description un lichen plan du fourreau de la verge. La papule peut y être semblable à celle que l'on retrouve sur n'importe quel point du corps. C'est donc un élément en saillie de la dimension d'un grain de mil, quelquefois plus, mais souvent aussi représenté par un point minuscule qu'il faut rechercher à la loupe. Les contours, déterminés par les plis de la peau sont irrégulièrement polygonaux ou de formes variables sans jamais être arrondis. La coloration en est rosée, orangée ou rouge; puis violâtre et bistrée. La comparaison de sa teinte avec celle du maigre de jambon est assez exacte. Dans les races noires, la lésion se détache en plus clair sur la peau saine (Thibierge et Leredde). Un fait analogue s'observe d'ailleurs sur les scrotums très co-

lorés. Lorsqu'on examine sa surface à jour frisant, en faisant varier les incidences de lumière, on est frappé par cet aspect brillant, caractéristique, aspect de cire, de mica. En effet, la papule est plane et parfaitement lisse. La dépression, l'ombilication centrale est loin d'être constante surtout aux organes génitaux (Crocker). Parfois une mince squame, très adhérente recouvre le sommet de la papule qui est dure et sèche au toucher.

Par confluence des papules, on obtient ici comme sur le corps des placards de dimension variable, parcourus d'un quadrillage semblable aux hachures d'un dessin (Vidal). En même temps la surface est devenue plus squameuse, desquamation eczématiforme et adhérente. Sur les bords ou dans l'intérieur de ces plaques on peut souvent retrouver des papules élémentaires.

Les larges et vieilles lésions montrent parfois les stries blanchâtres de Wickham. C'est dire qu'elles sont fort inconstantes.

Si telles sont les lésions de lichen plan que l'on observe fréquemment sur le fourreau de la verge, d'ailleurs à peu près identiques à celles du reste du corps, ce ne sont pas, pensons-nous, les plus fréquentes. A la verge, les papules sont souvent, non pas rouges, mais bien grises, argentées, perlées. La surface n'en reste pas moins luisante comme la nacre dont elle garde aussi la couleur. Parfois encore leur coloration ne diffère en rien de celle de la peau saine, jaune ivoire légèrement rosé ou brunâtre et seule une grande attention permet de les découvrir. D'autre fois sur une base de couleur normale repose

une tête opalescente. L'apparence est presque vésiculeuse.

Ces papules, semblables à de petites perles sont aussi moins planes, moins polygonales. Leur sommet, plus saillant, a tendance à s'arrondir et ces caractères poussés à l'extrême en viennent à les faire ressembler à des grains de semoule, ou mieux, à de minuscules gouttelettes de cire blanche.

Elles sont irrégulièrement disséminées, isolées ou réunies par petits groupes de trois, quatre. Elles peuvent se disposer en trainées, en réseaux ou en placards qui resteront habituellement de petite dimension .

On peut voir, dans l'intervalle des papules, mais plus rarement ici que sur les membres, un aspect luisant de la peau. C'est un quadrillage plat, à reflets, sans qu'on puisse même parler de papulettes et que M. Thibierge a désigné du nom de « lichenificatio minima ». Elle n'est nullement particulière au lichen de Wilson.

2° Lichen annulaire à éléments multiples

Cavafy et Brooke ont admis que la forme en anneau du lichen de Wilson pouvait prendre naissance de deux manières : par confluence ou par extension graduelle périphérique d'une papule avec involution du centre. Crocker, Pingle et Colcott Fox n'auraient jamais observé le second processus. Pourtant il semble bien que la majorité des auteurs admettent actuellement cette dualité pathogénique. Nous avons, quant à nous, observé les deux processus, le

second peut-être encore plus fréquemment que le premier. Nous en donnons plus loin des observations.

Chez l'homme, le gland en est le lieu d'élection. Chez la femme, c'est sur la vulve cutanée ou semi-muqueuse qu'on observe surtout le lichen annulaire.

Ce n'est pas là une rareté. Mais des examens trop incomplets sont pour beaucoup dans le mutisme des auteurs à ce sujet. On peut également l'observer sur le scrotum (cas de Gaucher et Louste).

Quel est le mode de formation de ces anneaux? Souvent la disposition circulaire s'établit d'emblée, et il n'y a, à admettre un pareil fait aucune difficulté. Cependant un certain nombre d'observateurs rapportent un accroissement centrifuge des lésions de lichen annulaire par éloignement graduel des papules situées aux extrémités d'un même diamètre. Et c'est alors qu'il est difficile de s'expliquer comment une papule aussi hautement différenciée que celle du lichen de Wilson, limitée qu'elle est par les plis de la peau, puisse migrer et se déplacer sur les téguments tout en conservant des caractères aussi nets. Voici au contraire ce que nous croyons avoir observé : tangentiellement au petit disque formé par quelques papules conglomérées, se forment de nouveaux éléments minuscules d'abord, qui ensuite augmentent de dimension en même temps que les papules plus centrales, et partant, plus anciennes, régressent comme étouffées par les nouvelles venues. Le cercle augmente ainsi lentement de rayon et les papules qui le constituent ont toujours leur aspect typique. Il est comparable à un petit collier de per-

les dont les éléments ont cependant deux bases inégales . une base centrale plus petite et une base périphérique un peu plus grande. La forme est donc celle d'un trapèze. Latéralement chaque papule entre en contact avec les papules voisines dont un sillon la sépare ou au contraire en reste plus ou moins éloignée.

Le gland est la région où cette disposition s'observe avec le plus de netteté et Fordyce, dans un article didactique récent en publie une fort belle photographie tout à fait démonstrative.

La coloration est rouge fauve ou violacée. La description serait d'ailleurs identique à celle que nous avons donnée pour le lichen plan avec une tendance plus prononcée à desquamer finement.

A la vulve on n'observe généralement pas un aspect aussi typique à cause de la macération, à cause aussi des plissements de la peau ou de la semi-muqueuse. Pour avoir un anneau quelque peu régulier il faut déplier et tendre entre le pouce et l'index les alentours immédiats du cercle qui apparaît ainsi plus surélevé, plus papuleux qu'une lésion analogue du gland. La crête n'a pas un niveau égal. La squame gonflée par la sueur est plus épaisse; de même le brillant a souvent disparu. Le centre est figuré par une dépression profonde. Cette aire centrale est de couleur et de surface normale, quelquefois un peu plus brune avec un léger état atrophique.

D'une façon générale le diamètre total d'une lésion

annulaire de la vulve est d'environ 6 à 7 millimètres ou même 1 cm.

Quand des cercles voisins se rejoignent, les papules semblent s'étouffer mutuellement aux points de contact et disparaissent. Ainsi naissent des formes en arcades de dimensions variables (Obs. IX) auxquelles on donne le nom de lichen marginatus, et qui pourraient être à la vulve d'un diagnostic singulièrement embarrassant si on ne retrouvait en d'autres régions des lésions lichéniennes plus typiques. La ressemblance avec les syphili-des circinées pourrait induire en erreur, et comme dans la syphilis, on peut aussi avoir, au lieu de cercles complets, des arcs de cercle soit isolés, soit juxtaposés ou placés bout à bout. On peut même encore observer un aspect sub-érosif, dû aux grattages des papules macérées, avec léger suintement, toutes conditions qui compliquent grandement le diagnostic.

3° Lichen annulaire à élément unique

Nous avons donc réservé cette appellation à la disposition circulaire émanée d'une papule par régression centrale.

Disons d'abord que dans tout lichen plan généralisé il est rare de ne pas trouver en quelques points du corps au moins un ou deux éléments de ce genre, sur les flancs principalement.

Mais c'est sur le gland et le fourreau de la verge qu'on les observe le plus fréquemment. On peut les voir encore sur le scrotum (cas de Engman) et sur la vulve.

Une papule un peu plus grande s'affaisse en son centre; sa coloration devient moins uniforme, la surface moins lisse et le miroitement s'altère peu à peu. Il se produit une atrophie centrale de la papule, tandis que le pourtour, gardant ses caractères, s'agrandit. La papule s'est transformée en un disque violacé à centre déprimé par rapport à son contour, celui-ci étant représenté par un anneau en saillie légère d'une finesse extrême de 1 à 1 mm. 5 d'épaisseur et d'une régularité de dessin vraiment frappante. Le sommet est plan ou parfois arrondi, très brillant. La teinte n'en est généralement pas très différente de celle de la peau avoisinante. C'est dire qu'elle sera sur le fourreau de la verge jaunâtre ou rosée, parfois grisâtre et sur le gland d'un brun plus ou moins violacé.

En opposition avec la forme annulaire précédente, celle-ci n'est pas squameuse.

La dimension des éléments oscille entre le diamètre de la papule qui lui a donné naissance et 8 ou 10 millimètres.

Le centre en est le plus souvent de peau normale, du moins apparemment. A ce stade avancé une certaine atrophie peut être visible avec petits plissements de la peau amincie. Elle ne dépasse pas en intensité cette légère atrophie accompagnée de pigmentation que l'on peut observer sur le corps au lieu et place des papules disparues de lichen plan banal.

Ces éléments, parfaitement circulaires, peuvent par coalescence former des 8 de chiffres ou des figures polycycliques. On n'observe que rarement des fragments de

cercle à l'état isolé comme dans la forme précédente, la résolution se faisant par affaissement graduel de l'anneau simultanément sur toute son étendue.

Mais cependant lorsque le cercin a atteint une dimension un peu considérable, 1 cm., par exemple, on le voit se craqueler en de petits tronçons qui peuvent facilement en imposer pour des papules. C'est là un état secondaire et non primitif, une déformation d'un élément par trop distendu.

On voit, qu'en somme, tout se passe comme si la lésion évoluait plus rapidement au centre qu'à la périphérie et gardait sa tendance à l'extension jusqu'à guérison.

4° Lichen hypertrophique

Si les variétés hypertrophiques et cornées du lichen de Wilson sont infiniment plus fréquentes sur les membres inférieurs que sur le scrotum, il n'en est pas moins vrai que c'est en ce point des organes génitaux qu'il siège de préférence. On peut même dire que le lichen du scrotum est d'ordinaire un lichen hypertrophique. Il se rencontre encore sur le fourreau de la verge (Fordyce), le plus souvent à la base, ou enfin à la vulve où il acquiert parfois sur les grandes lèvres un volume considérable (Morris).

Disons d'abord qu'il ne nous a pas semblé douteux qu'il existait entre cette forme et le lichen plan de Wilson les rapports les plus étroits. M. Darier n'aurait « jamais constaté la coïncidence de ce lichen corné verruqueux

avec le lichen plan typique, ni avec le lichen plan buccal ». Pourtant déjà, en 1888, Lion présentait à la Société dermatologique de Berlin un malade atteint de lichen ruber planus chez lequel il était possible de surprendre, pour ainsi dire, le passage, la métamorphose de la papule de lichen plan en lichen verruqueux. Weidenfeld montrait un cas analogue en 1907, à la société de Vienne. Ravigli mettait entre eux de tels liens qu'il se refusait à considérer le lichen verruqueux comme une variété de la maladie de Wilson mais seulement comme une anomalie des lésions du lichen. M. le Dr Thibierge dans une leçon orale qu'il fit à l'Hôpital Saint-Louis le 16 juin 1920 en citait de nombreux cas qu'il avait observés. Nous pourrions en rapporter de lichen annulaire de la verge associé à des lésions hypertrophiques des jambes. Inversement les lésions hypertrophiques du scrotum et de la verge associées à des papules de lichen plan des organes génitaux ou d'autres points du corps ne sont pas rares. C'est donc bien à tort que M. Darier persiste à considérer le lichen hypertrophique comme l'aboutissant d'une foule d'affections cutanées.

Cette forme, éminemment chronique, est remarquable par le degré d'hypertrophie cutanée auquel elle aboutit. Elle est généralement asymétrique et ne comprend au scrotum qu'une plaque souvent unique. Fordyce a rapporté un cas de lichen hypertrophique occupant les jambes, le pubis et entourant la verge; Gébert un cas, s'étendant à la totalité du scrotum et associé à des lésions de la muqueuse buccale.

Ce type se présente sous l'aspect d'un placard verruqueux de dimensions très variables, irrégulier, vaguement arrondi ou ovalaire, souvent en bande, de couleur plus foncée, quelquefois plus claire que celle du scrotum normal, d'un gris sale, bleuâtre ou bistre, voire noirâtre, suivant l'âge de la lésion.

Il est formé de nombreuses élevures, de plusieurs millimètres de hauteur, serrées, aplaties au sommet, à contours irréguliers. Elles sont séparées les unes des autres par des fissures profondes ou au contraire intimement accolées et donnant une surface tomenteuse, bosselée et matée. On n'y voit pas de poils. De profonds pertuis représentent les orifices folliculaires. Ils peuvent d'ailleurs être oblitérés par de petits bouchons cornés.

L'aspect d'ensemble est celui d'une néoplasie. La ressemblance avec la tuberculose verruqueuse est moins frappante que pour le lichen corné des bras ou des jambes.

La lésion est dure, un peu moins sèche qu'une lésion hypertrophique des membres. La macération dans la sueur peut aussi la rendre humide, empêchant ainsi que l'on détache par le grattage ces fines squames presque poussiéreuses que l'on obtiendrait ailleurs.

Le derme est fort épaissi. On peut entre deux doigts plisser facilement la tumeur grâce à l'élasticité de la peau de cette région.

Sur la verge les dimensions sont souvent moindres. On y observe plutôt de petites tumeurs verruqueuses ayant l'aspect de végétations papillomateuses (Fordyce).

Aux alentours d'un lichen verruqueux on retrouve fré-

quemment des papules planes typiques ou les placards qu'elles donnent par confluence. Et si la lésion est par trop ancienne ou pourra déceler, avec un peu d'attention la présence de taches brunâtres, vitiligoïdes qui sont les vestiges des papules. L'intérêt de cette constatation dans les cas de diagnostic particulièrement difficile se conçoit aisément.

Contrairement aux formes dont nous avons précédemment parlé, celle-ci est donc secondaire. C'est une déformation ou une transformation des éléments primitifs, et M. Thibierge la considère comme un reliquat infectieux de la maladie ancienne. C'est là son mode de fixation pour passer à la chronicité. — Ajoutons cependant que la présence en un point d'un placard de lichen hypertrophique n'empêche pas qu'il survienne par la suite en d'autres régions des formes jeunes, des papules planes. Mais c'est là un processus anormal.

Le lichen obtusus, dont les rapports avec le lichen de Wilson sont encore mal connus, a été signalé sur le scrotum par Giacomo-Define — C'est un lichen à larges papules hémisphériques — Peut-être s'agit-il dans ce cas d'une forme de lichen hypertrophique ne méritant pas de constituer une variété détachée. D'autres cas de lichen obtusus n'étaient, croit-on, que des tuberculides. Etant donné l'extrême rareté de la localisation génitale de ces formes, nous nous permettons de n'y pas insister. Nous n'en avons observé aucun cas.

5° Lichen atrophique

C'est en vain qu'on chercherait dans la littérature une description un peu nette de cette forme dans sa localisation génitale. Elle est extrêmement rare.

Son siège de prédilection est la vulve semi-muqueuse. On a cru, bien à tort, le retrouver dans un certain nombre de cas de kraurosis vulvaire. D'autre part des gynécologues ont décrit sous le nom de kraurosis blanc des lichens véritables. M. le Dr Thibierge a montré en 1908 que le kraurosis était avant tout le résultat d'une involution sénile des téguments surtout accusée aux organes génitaux. Cependant diverses affections vulvaires peuvent s'observer dans le stade prékraurosique, suivant l'expression de M. Thibierge et en 1913, M. Balzer et Mlle Landesmann ont rapporté un cas de lichen atrophique ayant pu jouer un rôle imporant dans l'évolution de lésions atrophiques de la vulve. Il n'en est pas moins vrai que les deux affections sont parfaitement distinctes.

Dans un cas de Hoffmann, une femme de 45 ans, atteinte de lichen généralisé présentait des taches blanches atrophihques et même érosives disséminées sur la vulve au niveau des grandes et des petites lèvres. Le même auteur rapporte un second cas chez une femme de 50 ans où il n'existait des lésions que sur la vulve.

Le début se fait par des papules assez analogues à celles du lichen plan vulgaire, moins nettes et plus pâles.

Elles blanchissent rapidement, se groupent et constituent des plaques décolorées, luisantes, d'aspect cicatriciel, criblées sur la peau ou la semi-muqueuse de dépressions ponctiformes. Les bords sont irréguliers, un peu rosés et en saillie très perceptible. On retrouve souvent à la périphérie des papules isolées plus ou moins caractéristiques. L'aspect est à rapprocher de celui de toutes les atrophies cutanées ou des morphées.

Le lichen atrophique scléreux peut aussi siéger sur la verge et le scrotum et Vignolo-Lutati en a publié une observation avec papules légèrement infiltrées, arrondies ou polygonales, brillantes, d'un blanc de porcelaine très accentué et où l'on pouvait voir par places une légère atrophie

6° Lichen des muqueuses (ou lichen blanc)

La dénomination de lichen des muqueuses n'est pas suffisamment extensive pour la description que nous devons en faire. Nous voulons en effet parler de cette forme que l'on pourrait appeler lichen blanc (qui n'a rien à voir, nous le répétons, avec le lichen albus de Zumbusch, forme scléreuse) et que l'on voit non seulement sur les muqueuses de l'urètre et du vagin, comme elle existe sur les muqueuses buccale, linguale, ou conjonctivale mais encore sur le gland, le prépuce à sa face interne, les petites lèvres, le clitoris, etc., autant de régions recouvertes d'une semi-muqueuse, et qui ont, avec les muqueuses cette propriété commune, quoique moins accusée, de réagir faci-

lement en blanc. On peut avancer, avec Stelwagon, que d'ordinaire, sur la vulve comme sur le gland, les lésions sont blanches dans les régions recouvertes et de couleur habituelle dans les régions découvertes.

Disons tout de suite qu'il s'agit de lésions leucoplasiformes mais nullement leucoplasiques.

Les dispositions généralement constatées peuvent se ramener à trois : ponctuée, linéaire, réticulée. Nous ignorons si le lichen annulaire observé sur la muqueuse buccale a jamais été rencontré sur les muqueuses génitales. Le fait est pourtant probable.

Les ponctuations siègent surtout sur le vestibule du vagin mais aussi en n'importe quel autre point. Ce sont des taches d'un blanc d'argent ou grisâtres, de forme arrondie, ou plutôt ovale, rarement saillantes, le plus souvent au même niveau que la muqueuse saine ou encore déprimées légèrement et comparables à de petites cupules.

Cet aspect est d'ailleurs moins fréquent que la disposition linéaire, dont les principales localisations sont dans le sillon interlabial et sur la couronne du gland. Elle se compose de traînées d'un blanc laiteux plus ou moins longues, sinueuses ou brisées en branchages, rarement en relief. La surface tégumentaire y descend quelquefois insensiblement et sans ressaut dans un sillon à peine marqué. Leur coloration est souvent aussi ardoisée, grisâtre ou bleuâtre et semble vue au travers de l'épithélium qui adoucit les bords et les dégrade comme à l'estompe. Ces traînées sont parfaitement souples ou si peu infiltrées

qu'elles épousent les plissements de la région sans les déformer.

Elles peuvent se croiser ou encore, dans les formes étoilées, émerger en rayon d'un point central, enfin s'enchevêtrer pour donner naissance à des formes réticulées d'un dessin plus ou moins complexe.

Souvent toutes ces variétés seront réunies pour s'agencer en figures arborescentes qu'il est classique de comparer aux feuilles composées des capillaires. Notons qu'on n'y constate jamais de desquamation.

Tous ces caractères morphologiques seront naturellement d'autant plus nets que la lésion sera située plus près de la muqueuse vraie. C'est sur la muqueuse vaginale que le lichen présente la plus grande ressemblance avec le lichen buccal. Les différentes dispositions ponctuée, en traînées, réticulée, sont souvent réunies sur une même malade. On peut y observer des formes en arcs de cercle et aussi, mais exceptionnellement, des formes en placards; ceux-ci sont généralement de petite dimension; on retrouve dans leur intérieur des îlots de muqueuse saine.

Nous reproduisons plus loin les observations de Heuss et de Page, les deux seules que nous ayons trouvées de lichen urétral. Mais si l'on voulait rechercher dans la littérature les observations de lichen du vagin, c'est toute la question des leucoplasies qu'il faudrait débrouiller. Quelques leucoplasies vaginales, décrites comme telles, n'étaient sans doute que des lésions lichéniennes localisées ou non. Les descriptions manquent souvent de la précision

nécessaire pour faire le départ entre la leucoplasie et le lichen. Parfois l'auteur relève la présence, par ailleurs en même temps que cette prétendue leucoplasie vulvaire ou vaginale, de papules qu'on peut soupçonner être des éléments lichéniens. On conçoit que pareilles erreurs sont surtout l'apanage des chirurgiens et des gynécologues qui ne relève de tels détails qu'incidemment et auxquels le lichen n'est sans doute pas familier.

La muqueuse utérine peut-elle être le siège de lésions lichéniennes? et d'une façon plus générale des muqueuses moins accessibles peuvent-elles être intéressées dans cette affection?

La chose est probable mais non démontrée. Une seule observation, celle de Page, comporte des phénomènes laryngés qui pourraient bien avoir été sous la dépendance d'altérations de lichen. Ce n'est qu'une présomption. Pour les muqueuses gastrique, intestinale, etc., et pour la muqueuse utérine en particulier, on ne peut encore que faire des suppositions.

SIGNES SUBJECTIFS ET FONCTIONNELS

Le lichen de Wilson est une affection éminemment prurigineuse. Mais il faut remarquer que ce caractère essentiel n'existe que dans le lichen cutané. Le lichen des muqueuses n'est pas prurigineux et c'est certainement une des raisons qui explique la rareté apparente de cette forme localisée; les malades ne s'en inquiètent pas et n'attirent pas sur elle l'attention du médecin ou même ne

s'en aperçoivent pas. Mais on ne peut pas dire que, dans l'ensemble le lichen des organes génitaux ne démange pas; les lésions cutanées sont au contraire extrêmement prurigineuses, par exemple celles du pubis et du scrotum où le prurit est quelquefois intolérable et empêche tout sommeil. De même à la verge et aux grandes lèvres.

Sur les semi-muqueuses : gland, petites lèvres, etc., les efflorescences ne sont généralement pas gênantes; et au niveau des muqueuses elles restent totalement ignorées. Page signale cependant des douleurs à la miction et en dehors des mictions (p), et Heuss une sensation de chatouillement dans le lichen de l'urètre. Des faits analogues ont d'ailleurs été relevés dans le lichen buccal.

En somme, il s'agit là d'un symptôme variable avec chaque individu et le nervosisme joue souvent le principale rôle.

Jacquet disait que, dans l'immense majorité des cas, des manifestations nerveuses (énervement, insomnie, prurit) avaient précédé l'apparition des papules. « C'est le prurit qui est éruptif, disait-il, et la hiérarchie des symptômes doit-être renversée. » Sans vouloir nier ce fait (nous avons l'observation de Page particulièrement nette à ce sujet), nous pensons au contraire que ce processus est exceptionnel et aucun de nos malades, que nous avons interrogés spécialement à ce point de vue, ne nous l'a signalé. Ajoutons enfin que Thibierge et Leredde ont vu le prurit coïncider avec l'aménorrhée.

On peut observer, surtout dans le lichen hypertrophique, une certaine réaction ganglionnaire. Cependant il

nous a semblé que les lésions, habituellement minimales, des organes génitaux ne se compliquaient pas d'adénopathies et les adénites que l'on peut rencontrer sont, sans doute, dues aux excoriations et infections légères, fréquentes dans les formes en placards et surtout dans les formes hypertrophiques plutôt qu'aux lésions lichénieuses.

D'autres symptômes fonctionnels ont été relevés : anurie relative (cas de Page), céphalée, fièvre, etc. Ils sont très rares.

EVOLUTION — PRONOSTIC

L'éruption lichénienne peut faire sa première apparition en n'importe quel point du corps, et il ne faut pas oublier qu'elle peut se montrer d'abord aux organes génitaux, précédant d'un temps plus ou moins long une éruption généralisée. Le début par la verge a été très fréquemment signalé.

La marche du lichen de Wilson peut être ramenée schématiquement à deux types extrêmes : une forme aiguë ; une forme chronique. Un fait se vérifie assez constamment : l'évolution est d'autant plus rapide que l'abondance de l'éruption est plus grande.

Il existe une évolution spéciale à certaines localisations. Comme le lichen des muqueuses, le lichen des organes génitaux offre une résistance remarquable aux différentes médications. Dans certaines de nos observations on verra des lésions génitales persister durant plusieurs semaines après la disparition des éléments cutanés. Abrahams a relaté un cas de lichen plan circiné, localisé au gland, dont la durée avait dépassé deux ans. On ne peut cependant pas dire avec Adamson que le lichen annulaire indique une atteinte particulièrement sérieuse de l'infection.

La forme rebelle par excellence est la variété hypertrophique. Aux organes génitaux, comme sur les membres, c'est par années qu'il faut apprécier la durée de ces véritables néoplasies en l'absence de toute intervention.

Si dans l'ensemble le lichen de Wilson est une maladie bénigne, il n'en reste pas moins très rebelle, pouvant se fixer et s'éterniser sous sa forme hypertrophique ou encore procéder par poussées successives et interminables en différents points du corps.

La guérison spontanée des lésions élémentaires n'est pas rare au bout de 6, 8, 12 mois. Le traitement réduit considérablement ce laps de temps. Dans quelques cas assez nombreux on observe une disposition aux rechutes. Il faut se garder de les confondre avec les récives qui sont certainement exceptionnelles.

La résolution des éléments éruptifs de lichen plan se fait par affaissement progressif et lent. Au centre, l'involution peut s'accroître au point de donner une dépression d'aspect atrophique avec amincissement de la peau.

La pigmentation est autrement fréquente. Ce sont des taches brunâtres passagères que l'on retrouve sur l'emplacement des papules et qui permettent quelquefois d'établir un diagnostic rétrospectif. Elles ne persistent guère au delà de quelques mois. Le degré de pigmentation est très variable. Peut-être l'arsenic n'est-il pas étranger à son intensité; ce qu'il y a de sûr, c'est qu'il n'est pas le seul auteur du mal puisqu'on peut observer de la pigmentation chez des malades non traités par l'arsenic.

Les lésions hypertrophiques laissent presque toujours

une infiltration légère de la peau qui est sèche et rugueuse, d'un gris sale, brunâtre ou noirâtre.

Le lichen blanc des muqueuses se résorbe le plus souvent sans laisser de trace, ou parfois marque sa place d'une pigmentation, d'une teinte plus foncée, brunâtre ou plutôt violacée, de la muqueuse.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du lichen de Wilson se pose avec des difficultés absolument différentes suivant que le malade se présente avec une éruption généralisée ou, au contraire, avec seulement une éruption génitale. Nous n'allons pas insister sur la première alternative. Nous soulignerons seulement un fait d'une très grande importance : chez les malades traités pour une dermatose quelconque, le plus souvent pour gale, il nous est arrivé de ne plus pouvoir que soupçonner le lichen de Wilson en présence de lésions du corps qui avaient perdu à peu près tous leurs caractères distinctifs et c'est sur la verge où le traitement n'avait pas porté que nous avons trouvé la signature de l'affection.

On devra toujours pratiquer l'examen soigneux de la muqueuse des joues et de la langue, l'association d'un lichen buccal et d'un lichen du pénis (cas de Joseph) ou d'un lichen vaginal (cas de Nicolas et Favre) est fréquente.

Quelle est la valeur des caractères que nous avons décrits dans notre étude clinique, ceux sur lesquels le médecin devra chercher à étayer son diagnostic, puisque aucun n'est pathognomonique? En premier lieu, il faudra tenir

le plus grand compte de la surface miroitante de la papule, qu'elle soit plane ou convexe. Second signe important, c'est la forme polygonale et en outre assez fréquemment, l'ombilication centrale de cette papule. Aux organes génitaux la coloration est trop variable pour qu'elle vaille la peine qu'on s'y arrête.

Le lichen des muqueuses, lichen blanc, tire son principal signe distinctif de sa disposition en arborisation, en réseaux.

Pour un œil exercé, dans les formes types, le diagnostic positif n'offre aucune difficulté. En général, le lichen de Wilson garde toujours un air de famille à travers les diversités les plus extraordinaires (Dubreuilh).

Un certain nombre d'affections peuvent le simuler dans toutes ses variétés ; nous les passerons successivement en revue.

1° Diagnostic avec les lésions planes ou papuleuses

Nous ne parlerons pas des chancres simples ou syphilitiques, puisque le lichen de Wilson ne donne pratiquement jamais d'ulcération ni d'érosion. Mais les cicatrices de ces chancres pourront rappeler, dans certains cas, les lésions lichéniennes, et M. Thibierge nous en citait un exemple récent. On fera préciser par un interrogatoire minutieux, si, antérieurement, il existait ou non une ulcération. On supprimerait ainsi toute hésitation. Si on ne peut recueillir de précision suffisante et si les caractères distinctifs de la papule de Wilson sont trop peu nets, on

pratiquera la réaction de Wassermann qui ne manquerait pas d'être positive en cas de chancre cicatrisé et syphilitique. Mais reste le cas du chancre simple. Cette papule qui pourrait fort bien ne pas être prurigineuse ne sera donc nullement gênante et on aura toutes les chances, en attendant quelque peu, de voir survenir d'autres éléments lichéniens s'il s'agissait bien d'un lichen de Wilson et qui fixeront le diagnostic.

Les plaques muqueuses, inflammatoires, ne nous arrêteront pas ; elles coïncident d'ailleurs avec d'autres lésions spécifiques. De même le pemphigus des muqueuses est assez caractéristique pour ne pas permettre la confusion.

Intertrigo

Citons encore ces lésions cutanées bien spéciales provoquées par le contact des liquides irritants que Brocq et Léon Bernard ont décrites au niveau des fossettes génito-crurales des femmes atteintes de blennorragie. On remarquera l'aspect velouté de cet intertrigo et sa configuration géométrique pour lever tous les doutes. Comme le fait remarquer Thibierge dans le *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, 1899, il conviendrait de n'attacher à la dénomination d'intertrigo qu'une acceptation purement topographique, le fait même du siège dans les plis modifie toutes les lésions cutanées quelles qu'elles soient et leur donne des caractères communs. Il y aurait donc lieu de distinguer un érythème intertrigo, un eczéma intertrigo, un psoriasis intertrigo, le tout à différencier d'un lichen intertrigo. Mais le centre de toutes ces lésions est ordinairement

rement suintant, lactescent. Les contours ont une forme générale arrondie. On notera l'absence, sur la bordure, des papules typiques. En somme, ce sont là des lésions qui simulent plutôt le lichen circonscrit.

Lichénification

Une différence essentielle marque une scissure profonde entre les lichénifications et le lichen de Wilson : c'est l'absence des papules isolées, véritables, sous la lichénification. Au point de vue plus spécial qui nous occupe, il faut insister sur un second fait constant : jamais dans les lichénifications on ne rencontre de lésions circonscrites élémentaires. On peut donc en conclure qu'une lésion lichéniforme où l'on parvient à trouver ne fût-ce qu'un anneau est, suivant toute vraisemblance, de nature lichénienne.

Les lichénifications se présentent avec des saillies plus ou moins accentuées, limitées par les sillons de la peau et réunies en plaques d'aspect quadrillé. La surface est souvent un peu moins brillante et la desquamation est plus abondante que sur les placards de lichen de Wilson. Point capital : on ne trouve pas à la périphérie les papules polygonales que nous avons décrites.

Le diagnostic n'est pas toujours simple et des éruptions lichéniennes peuvent fort bien se compliquer de lichénification.

Verrues

Les végétations papillaires des régions génitales ne ressemblent guère au lichen. Ce sont de petites tumeurs pédi-

culées, se terminant en bouquet, couleur de peau. Cet aspect ramifié ne se rencontre pas dans le lichen plan.

Mais on peut rencontrer au scrotum des verrues planes d'un diagnostic plus délicat. Elles sont généralement plus grandes que la papule de lichen. Leurs contours sont arrondis et non polygonaux. La surface en est plane et lisse, mais moins brillante qu'une surface lichénienne. Elles apparaissent à la loupe finement mamelonnée. La coloration peut rappeler sensiblement celle du lichen. On n'y voit ni placard, ni circination. Lorsque plusieurs verrues viennent au contact l'une de l'autre, elles donnent une lésion polycyclique dans laquelle la verrue élémentaire ne perd pas son individualité et reste toujours reconnaissable. Il n'y a pas de desquamation. On se rappellera aussi que les verrues planes surviennent d'ordinaire avant vingt ans.

Lichen nitidus

En 1901, puis en 1907, Pinkus présenta à la Société de Dermatologie de Berlin plusieurs cas d'éruption localisée au pénis et qu'il appela lichen nitidus. C'était, selon cet auteur, une éruption peu ou pas prurigineuse occupant toujours et exclusivement le fourreau de la verge et le prépuce, donc particulière à l'homme. Elle était constituée par de petites papules rose pâle, rondes, de la dimension d'une petite tête d'épingle, parfois même avec légère dépression centrale. Ces papules se montrèrent à la coupe constituées de nodules tuberculoïdes avec cellules rondes et cellules épithélioïdes.

Arndt, Kyrle, et Mac Donagh, Dalla Favera, Sachs, Hanneman (thèse 1910), Civatte, le professeur Andry en rapportèrent ensuite plusieurs cas. Récemment L. Châtellier de Toulouse proposa l'appellation de tuberculide lichéniforme et nitida.

Ces auteurs montrèrent que si l'éruption débute le plus souvent par le pénis elle est loin de s'en tenir à cette seule localisation. Il n'est pas rare que les éléments éruptifs se répandent aussi sur le dos, l'abdomen, les membres, de préférence les plis de flexion, les espaces interdigitaux (Bottelli) et même sur la muqueuse buccale (Arndt).

Le diagnostic peut présenter une très réelle difficulté. Sans doute la papule du lichen de Wilson est polygonale, s'agglomère en placards et présente une coloration bien particulière. Le lichen nitidus lorsqu'il est jeune s'en distingue alors par tous ses caractères : papules toujours individualisées, arrondies, blanches, entourées d'une zone érythémateuse. Mais par la suite le nodule tuberculoïde prendra une teinte qui rappellera de bien près la teinte orangée ou mauve du lichen plan. Un signe de très grande valeur mettra sur la voie du diagnostic : l'absence de prurit. Quelquefois des symptômes de bacillose antérieure ou collatérale seront intéressants à relever. On pourra également s'aider de l'épreuve à la tuberculine et en cas de doute pratiquer une biopsie.

Nous ne signalerons que pour mémoire ce cas extrêmement complexe, rapporté par Civatte, d'un lichen nitidus coexistant avec un lichen plan, dans lequel il y avait une localisation, d'ailleurs ignorée, à la grande lèvre.

Syphilides lichénoïdes

Puisque la papule de Wilson revêt très souvent aux organes génitaux une forme hémisphérique, il ne faudra pas croire la retrouver dans certaines syphilides lichénoïdes qui, elles aussi, sont constituées par de petits éléments du volume d'un grain de millet, de coloration rouge ou brunâtre, de surface lisse et même brillante, ou parfois à sommet acuminé recouvert d'une petite croûte. Le centre en est fréquemment occupé par un poil.

La distinction peut être difficile. Cependant ces syphilides folliculaires sont disposées en groupes, en constellations. Les éléments restent isolés et ne confluent guère en placards. On trouvera, par ailleurs, des lésions syphilitiques indubitables, plaques muqueuses ou cutanées. On se rappellera surtout que la syphilis ne détermine pas de prurit.

2° Diagnostic avec les lésions circinées

Psoriasis

Nous n'allons considérer que les cas de psoriasis à localisation uniquement génitale. Dans les autres cas, la confusion ne serait possible que dans les formes de début, à éléments disséminés, et encore les papules y sont-elles arrondies et non planes. Elles ne sont pas dures et après grattage de la squame on obtient une rosée sanguine qu'on chercherait en vain dans le lichen plan.

Voici un cas de psoriasis du gland que nous avons vu dernièrement dans le service de M. le docteur Thibierge

et dont le moulage figure maintenant au musée de l'hôpital Saint-Louis : c'était un belge qui avait remarqué, deux mois avant notre examen, l'apparition d'un petit « bouton » sur le gland. Lorsque nous voyons le malade, il présente sur le gland un placard de 12 à 15 mm. de diamètre à fond rouge sombre recouvert d'une pellicule de desquamation qui se soulève par ses bords. Elle est parcourue de fissures disposées en rayons. La surface est luisante, sèche. Elle donne, au toucher, une sensation parcheminée, sans infiltration. Quelques autres éléments tangents à celui-ci mais plus petits. Dans le sillon balano-préputial et sur la face interne du prépuce, nombreuses autres taches disposées vaguement en chapelet, rougeâtres, finement desquamantes, nullement infiltrées et simulant assez exactement des syphilides secondaires. Le plus gros de ces éléments se présente plutôt comme un placard de psoriasis. Le reste du corps est normal. Rien aux coudes ni aux genoux. Pas de lésions buccales. 2 réactions de Wassermann, à quinze jours d'intervalle, sont restées négatives, même après procédé de la réactivation.

Lorsque la lésion psoriasique est très squameuse, le diagnostic se simplifie. On connaît ces squames nacrées, minces et sèches, facilement détachables avec l'ongle. Mais sur le gland, principalement sur sa couronne, les papules peuvent être simplement rouges. Cependant on y tracera avec le bord libre de l'ongle, une raie blanche caractéristique de la nature squameuse de l'affection.

Il ne faudrait pas prendre pour de l'infiltration cet

épaississement apparent dû parfois à l'accumulation de squames. La base des papules est au contraire tout à fait souple.

Une forme particulière, le *psoriasis circinata*, s'observe souvent au gland ou sur le prépuce et la confusion peut être aisée avec les éléments annulaires que nous avons décrits plus haut.

Nous résumons dans ce tableau les principaux signes distinctifs.

PSORIASIS CIRCINATA

Bords. — Intérieur moins nettement limité que le bord extérieur.

Squames. — Nacrées, peu adhérentes, se soulevant par leur bord extérieur, donnant au coup d'ongle la strie micacée.

Le psoriasis doit son brillant surtout à sa squame.

Base. — Parfaitement souple.

LICHENS ANNULAIRES

Bords. — Intérieur et extérieur également limités.

Squames. — Absentes, ou fines et très adhérentes.

Le lichen est d'autant moins brillant qu'il est plus squameux.

Base. — Infiltrée, enchassée dans les tissus.

Les bords intérieur et extérieur d'un anneau de psoriasis sont à ce point différents qu'il semble parfois qu'un élément nummulaire s'est seulement rehaussé par son bord extérieur, le bord intérieur n'existant pour ainsi dire pas. Plus souvent le centre s'affaisse, peut même être redevenu d'aspect sain mais il s'étale et monte insensiblement vers

le point culminant de l'anneau pour au contraire redescendre ensuite en pente plus ou moins brusque.

Les symptômes fonctionnels sont à peu près nuls dans les deux cas. Peut-être un lichen du fourreau sera-t-il un peu plus prurigineux qu'un psoriasis de la même région. Sur le gland les deux lésions seront le plus souvent indolentes.

L'évolution peut être également longue dans les deux cas. Disons pourtant que dans le psoriasis on doit s'attendre à voir survenir des récidives.

Syphilides circinées secondaires

Les syphilides sont à coup sûr les lésions susceptibles d'induire le plus souvent en erreur et d'amener de ce fait les conséquences les plus désastreuses. Tout dernièrement encore le professeur Dubreuilh nous rappelait dans le service du Dr Thibierge une observation de Neuman où, en fin de description d'un lichen de Wilson de la verge indubitable, on trouve porté le diagnostic de syphilides.

Nous ne donnerons ici que les caractères permettant de distinguer les syphilides circinées secondaires du lichen, nous réservant d'étudier aux lésions hypertrophiques les signes différentiels des syphilides papulo-croûteuses tertiaires.

Il n'est pas toujours facile de faire à l'œil et avec certitude le diagnostic entre la forme circinée de la syphilide papuleuse et le lichen annulaire.

La lésion syphilitique présente d'ordinaire un bord plus large, son évolution est beaucoup plus rapide, avec absen-

ce total de prurit. La surface est à peine brillante. Autre caractère de grande valeur : la présence de papules à l'intérieur de la circination. Jamais on ne trouve de papules centrales au milieu d'un cercle de lichen. Cette disposition est au contraire fréquente dans la syphilis.

S'il s'agit d'un lichen on pourra presque toujours, par un examen minutieux, déceler la présence de papules typiques de lichen plan dans les environs de la circination.

Dans tous les cas douteux on pratiquera la réaction de Wassermann dont on interprètera le résultat. Le traitement d'épreuve ne donnerait pas de renseignements très sûrs bien que cependant une lésion syphilitique suivra généralement un décours plus rapide ; mais il importe de fixer le diagnostic d'une façon absolue avant d'entreprendre tout traitement spécifique.

L'Eczéma marginé

L'eczéma marginé du scrotum ou péri-vulvaire, se distingue du lichen en arcades par sa bordure sans papules, sa disposition souvent symétrique, son évolution plus rapide et coïncide avec des lésions semblables des cuisses. Un certain degré de lichénification peut venir compliquer le diagnostic.

Epithélioma plan cicatriciel

Dans sa forme atrophique, l'épithélioma du scrotum peut simuler l'anneau du lichen circiné à élément unique. Au musée de l'Hôpital Saint-Louis, un moulage de Fournier (n° 1978) reproduit un épithélioma du scrotum qui présentait une forme circulaire avec centre cicatriciel

peu différent de la peau saine et un contour à peine saillant. Le seul signe qui permet, sur ce moulage, d'éliminer le lichen annulaire est l'irrégularité du cercle. Mais ces tumeurs donnent à la palpation une impression de dureté caractéristique.

Ne pas se fier à l'évolution qui peut être longtemps extrêmement lente et devenir brusquement destructive.

3° Diagnostic avec les Lésions hypertrophiques

Lichen simplex chronique de Vidal

La dermatose qui peut le plus simuler le lichen hypertrophique corné du scrotum, c'est la forme en plaques de la névrodermite chronique circonscrite de Brocq ou lichen simplex chronique de Vidal. Elle siège sur les parties latérales et inférieures du scrotum et se présente avec une exagération des plis de la peau formant un quadrillage aux hachures espacées et profondes. La surface est brillante, squameuse, sans orifices ponctiformes. Les squames sont minces mais non stratifiées ni poussiéreuses comme dans le lichen hypertrophique. La coloration est rosée ou d'un brun orangé.

Rappelons encore ce point très important : l'absence de papules isolées.

L'évolution simultanée d'une névrodermite chronique circonscrite du scrotum et d'un lichen de Wilson a été signalée par Jadassohn.

Chez la femme les lésions se présentent différemment. Le D^r Thibierge rapporte dans son mémoire sur le krau-

rosis (1908), le cas d'une jeune fille diabétique qui avait un lichen circonscrit des grandes et des petites lèvres, avec atrésie de l'orifice vaginal due à la tuméfaction des tégu-ments (un gynécologue en avait fait un kraurosis blanc). Tout le pourtour de la vulve, les petites lèvres, l'entrée du vagin étaient blancs, d'aspect moiré comme le pourtour de l'anüs dans certains prurits de l'anüs, d'apparence papuleuse, hémisphérique; les lésions étaient limitées sur les cuisses par des bords nets. Le prurit était violent et avait provoqué la lichénification, et par suite de la lichénifications, le pseudo-kraurosis.

Le prurit une fois calmé, la vulve reprit son aspect normal.

Syphilides papillomateuses tertiaires

La difficulté peut se présenter à propos de toute syphilide hypertrophique.

Les syphilides tertiaires papillomateuses ont d'ordinaire des limites plus précises qu'un placard hypertrophique.

On s'aidera bien entendu de l'histoire des antécédents et si besoin, de la réaction de Wassermann.

Les syphilides papulo-croûteuses prêtent moins à confusion. Le suintement et les croûtes ne se voient pas dans la forme cornée du lichen. Leur allure est toute différente.

Nous pourrions répéter ici, au sujet du traitement d'épreuve ce que nous avons dit à propos des syphilides circinées.

Dans les régions très humides, le diagnostic des syphi-

lides hypertrophiques devient impossible à l'œil. Rechercher s'il existe sur le corps des taches pigmentées, reliquat des papules planes de lichen; s'aider de l'évolution des lésions et pratiquer une biopsie.

Le Lupus scléreux papillomateux

Le Lupus scléreux papillomateux des organes génitaux est d'une grande rareté. On peut le voir sur le scrotum former un placard assez régulier de contour, ni infiltré, ni résistant. On y recherchera les tubercules lupiques qui pourront donner issue par pression à des gouttelettes de pus. Notons la sensibilité particulière, l'œdème qui pourra simuler l'infiltration et surtout cette zone érythémateuse violette péri-lésionnelle qui n'existe pas autour des placards de lichen hypertrophique.

Le lupus est une maladie de jeunesse. Fonder son diagnostic sur l'étude de l'évolution, l'état général du sujet, les antécédents personnels et collatéraux, etc.

Quant au lupus des muqueuses génitales, on peut dire qu'il est inconnu.

Epithéliomades goudronniers

Une tumeur maligne, l'épithélioma professionnel des goudronniers pourrait, mais rarement, simuler au scrotum le lichen hypertrophique. Le bourrelet périphérique, la profession du sujet et l'évolution du néoplasme permettront le diagnostic. On aura d'ailleurs plus souvent à faire à une épithéliomatose multiple disséminée (Thiierge).

4° Diagnostic avec les Lésions atrophiques

La Sclérodermie

La *sclérodermie* circonscrite, type morphée, ne se rencontre que très rarement sur les organes génitaux. Comme le lichen atrophique vulvaire que nous avons décrit, la morphée est une affection du sexe féminin. Mais, alors que le lichen atrophique comporte surtout des formes avec amincissement et souplesse des téguments, la sclérodermie est caractérisée par induration du tégument. Sa consistance est lardacée avec infiltration. Sa phase terminale est cependant atrophique. Mais on n'y retrouve pas les orifices des glandes sudoripares et si les contours en sont surélevés et rosés, ils ne renferment pas de papules.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel que l'on pourrait avoir à faire avec le *lupus érythémateux* à son stade atrophique. Aux organes génitaux, c'est à peu près toujours une lésion secondaire et d'ailleurs exceptionnelle.

5° Diagnostic avec les Lésions leucoplasiformes

D'une façon générale on peut dire que le diagnostic d'un lichen blanc se basera surtout sur la discontinuité des lésions.

C'est avec la *leucoplasie* que le lichen des muqueuses est encore journellement confondu. Meyer, dans sa thèse (1907) rapporte une observation de leucoplasie du prépuce et des joues suivie deux ans plus tard d'un lichen

plan du poignet. Mlle Bitchounsky donne également, dans sa thèse inaugurale (1912) un certain nombre d'observations de leucoplasie vulvaire accompagnée par ailleurs de petites papules rosées. Sans que l'on puisse porter un diagnostic rétrospectif certain dans les cas de ce genre, la description que nous donnent ces auteurs est loin d'emporter la conviction qu'il s'agissait là de leucoplasie.

Pourtant la différence entre le groupe encore touffu des leucoplasies et le lichen muqueux est nettement tranchée. La leucoplasie a un aspect cicatriciel, retractile. Sa couleur est plus blanche. Les bords des placards sont nets, parfois comme coupés au couteau. Jamais de réseaux, ni disposition arborescente, mais souvent des fissures, des craquelures se coupant à angles presque droits. Le lichen semble dessiner des arabesques opalescents sous-épidermiques à bords estompés. La plaque leucoplasique est d'un blanc plus cru, apparaît plus superficielle, plus brutale dans tous ses attributs et parfois aussi prurigineuse.

On étudiera les antécédents du malade. On suivra l'évolution des lésions, le lichen muqueux se modifiant plus facilement qu'un placard leucoplasique.

Dans les cas particulièrement difficiles, on aura recours à l'examen microscopique de fragments prélevés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

« Qu'est-ce en effet que la papule, si ce n'est la papille elle-même à un état normal » écrit Cazenave dans son *Abrégé des maladies de la peau*. Il note l'hypertrophie de la papille, la lésion vasculaire et la participation de la couche épidermique.

Mais les caractères anatomo-pathologiques essentiels du lichen plan sont connus surtout depuis les travaux de Török, Köbner, Thibierge, Darier et Civatte.

Les lésions papillaires et interpapillaires sont les caractères histologiques fondamentaux du lichen plan. C'est dans le derme que le processus fait son apparition sous la forme d'un petit foyer d'infiltration leucocytaire dans la zone sous-papillaire. Les éléments embryonnaires se disposent en manchons perivasculaires et donnent bientôt un œdème considérable de la papille qui est élargie, tuméfiée en forme de coupole ou de massue avec également infiltration dense de cellules rondes dans son corps. La couche granuleuse est hypertrophiée. L'éléidine y est inégalement répartie suivant les points de la papule.

La lésion devient bientôt plus superficielle. La limite entre derme et épiderme s'efface par place. La couche cor-

née s'épaissit, devient cohérente et grasse. Cette hypertrophie se fait en partie aux dépens du corps muqueux qui diminue d'épaisseur.

Il existe des papules folliculaires : l'orifice d'un follicule vient s'ouvrir au sommet de la papule, son col est rempli de cellules cornées. Le follicule lui-même est très altéré, parfois atrophié.

Crocker a prétendu que la papule plane se développait presque toujours autour d'un conduit sudoripare. Lorsque le cas se produit, la couche cornée s'enfonce en cône dans l'orifice du conduit. La glande sudoripare et le conduit sont parfois dilatés et même kystiques.

Au niveau des placards de lichen plan on observe soit de l'amincissement, soit au contraire de l'épaississement de la peau. On se rapproche alors de la forme suivante.

Le *lichen hypertrophique* présente une couche cornée d'épaisseur considérablement augmentée. On peut avec Brocq y distinguer 2 couches; la couche supérieure qui garde le caractère de la couche cornée ordinaire est parfaitement kératinisée; la couche inférieure renferme une notable quantité d'éléidine, et de nombreuses cellules à noyaux.

La couche granuleuse hypertrophiée présente 4 à 6 plans de cellules au niveau des prolongements interpapillaires qui sont considérables et 1 ou 2 plans de cellules seulement vers le sommet des papilles. Le corps muqueux est également hypertrophié et envoie dans la profondeur de gros prolongements interpapillaires.

Lichen atrophié. — « Dans cette forme, il y a, écrit

Darier, comme dans le lichen plan ordinaire, une infiltration embryonnaire du derme; mais au lieu de siéger dans la région superficielle, cette zone infiltrée est séparée de l'épiderme par un tissu scléreux.

Aux dépressions ponctiformes dont nous avons parlé correspondent des points cornés qui pénètrent profondément en cônes dans les follicules pilo-sebacés ou s'enfoncent en cupule au sein du corps muqueux, à l'embouchure des canaux sudoripares. Les papilles et les bourgeons interpapillaires sont presque complètement effacés.

Nous n'allons pas insister sur l'histologie pathologique du *lichen des muqueuses*. Dubreuilh, Favera, Darier, ont démontré que sa constitution était absolument identique à celle du lichen plan de la peau.

TRAITEMENT

Les traitements proposés dans le lichen de Wilson sont extraordinairement nombreux et tous semblent avoir donné des résultats. Comme dans toute affection d'étiologie indéterminée et d'apparence rebelle, ces traitements tant physiques que chimiques furent suggérés tantôt par les théories pathogéniques en cours, plus souvent par les succès surprenants de l'un quelconque d'entre eux.

Jacquet a rapporté en 1891 des cas de lichen soulagés immédiatement dans leurs symptômes subjectifs puis guéris rapidement par le seul traitement hydrothérapique. Il employa d'abord les douches chaudes, puis tièdes, à 35° et obtint ainsi des guérisons au bout d'une durée de 3 à 8 semaines. Mais dans les observations qu'il publie, ce traitement fut appliqué à une époque souvent tardive de la maladie.

Les bains sulfureux furent recommandés dans les formes torpides. Balzer a préconisé la balnéation médicamenteuse : bains d'huile de foie de morue, bains d'huile de cade, d'acide chrysophanique. Il semble bien qu'à l'heure actuelle cette méthode soit un peu oubliée.

Signalons seulement quelques médicaments qui eurent

une vogue méritée : l'antimoine (Malcom Morris), l'Antipyrine (Pringle), le salicylate de soude, etc.

Nous avons vu que tous les auteurs étaient actuellement d'accord pour considérer le lichen de Wilson comme une véritable maladie. Il y avait donc mieux à faire qu'à s'en tenir à une médication purement symptomatique.

Les composés mercuriels, biiodure de mercure (Colcott, Fox, Morris) le bichlorure, le protoiodure de mercure, le salicylate de mercure intra-musculaire (Sutton) méritent d'être retenus.

En 1880, Köbner (Klinik, Berlin, 1880) publie des guérisons de lichen plan obtenues par l'arsenic et propose ensuite une méthode par injections sous-cutanées de ce métalloïde.

Un peu plus tard Besnier préconise également l'arsenic à hautes doses.

Ce traitement est resté classique et sous la forme d'arseniate de soude en solution, de liqueur de Fowler ou de cacodylate de soude, il semble donner dans la grande majorité des cas de lichen subaigu des résultats heureux quoique variables.

En mai 1914, M. Queyrat (*Bulletin de la Soc. de Dermat.*, 7 mai 1914) remarque une très notable amélioration chez un malade atteint de lichen plan auquel il avait tenté une réactivation de syphilis douteuse par une injection de 0 gr. 30 d'arsenobenzol, et il s'était demandé si le lichen plan ne pourrait pas bénéficier de la médication salvarsanique.

Au début de 1919, M. le Dr Thibierge applique au lichen le traitement par le novarsénobenzol sans qu'il puisse lui reconnaître alors d'avantage appréciable.

Dind (de Lausanne) reprend la même idée dans les n^{os} 6 et 7 des *Annales de Dermatologie*, 1920.

Plusieurs de nos malades, dont nous donnons les observations, qui présentaient un lichen plus ou moins généralisé, reçurent des injections intra-veineuses de novarsénobenzol Billon à doses progressivement croissantes, de 0 gr. 30 à 0 gr. 60, espacées de 5 à 7 jours. Les doses totales ne dépassèrent jamais 3 grammes. Dès la seconde injection, quelquefois même après la première, le prurit diminue, le malade retrouve son sommeil. Les papules commencent généralement à s'affaïsser après la troisième injection : leur coloration s'altère, pâlit. Elles se trouvent réduites bientôt à l'état de simples taches brillantes au même niveau que la peau qui les entoure et disparaissent complètement au bout de 4 à 6 semaines, laissant seulement une légère pigmentation. Sur la verge et le scrotum les efflorescences se résorbent moins rapidement, surtout en ce qui concerne les formes annulaires.

Nous avons noté deux fois des phénomènes d'intolérance sur environ une douzaine de cas traités, ce qui représenterait une proportion un peu plus élevée que dans la syphilis. Mais notre expérience porte sur un nombre vraiment trop restreint de cas pour que nous puissions nous permettre de tirer une conclusion.

On s'abstiendra de prescrire l'arsenic dans les formes

aiguës. Il nous a semblé que les placards de lichen hypertrophique diminuaient très notablement de volume sous l'action du novarsénobenzol.

On pourra associer à ce traitement les bains alcalins, les douches tièdes à 37° pendant 8 à 10 minutes deux fois par jour, les pommades au menthol et à l'acide phénique neigeux (0 gr. 75 de chaque pour 100), les lotions au lysol. C'est là une médication sédative et antiprurigineuse, souvent très appréciée des malades. Y ajouter, si besoin, les hypnotiques, le bromure, la valériane, la belladone. Stelwagon recommande la quinine et la strychnine.

On supprimera de l'alimentation les mets épicés, en général tous les excitants, l'alcool et le café qui sont causes accessoires du prurit et on recommandera le repos intellectuel aussi complet que possible.

MM. Thibierge et Ravaut ont fait connaître en 1905 les résultats fort intéressants que l'on peut attendre de la ponction lombaire. De nombreux auteurs ont rapporté des succès dus uniquement à cette petite intervention et après que la médication d'usage avait échoué (Pernet, de Londres, etc.). Dans les formes généralisées l'évacuation de 8 à 10 cc. de liquide céphalo-rachidien produit une disparition immédiate du prurit. Une deuxième et une troisième ponctions, à une semaine d'intervalle, amènent l'affaïssement des papules.

Les résultats, presque toujours très remarquables dans les formes généralisées et d'autant plus remarquables qu'elles sont plus aiguës, sont beaucoup moins constants et persistants dans les formes localisées et dans les formes

chroniques. Aussi, comme la ponction provoque chez certains malades des douleurs et des malaises, n'y a-t-il lieu d'y recourir d'emblée que dans les formes intenses, aiguës, avec prurit entravant le sommeil ; dans les autres formes, M. Thibierge recommande de n'y avoir recours qu'après échec des autres médications.

On voit, qu'en somme, le lichen des organes génitaux profite du traitement général fait pour le lichen généralisé, puisqu'il n'est alors qu'un morceau dans un ensemble. Mais, lorsqu'il est isolé, le plus souvent lorsqu'il subsiste comme reliquat d'une éruption totale, le lichen génital requiert surtout l'application de topiques, et il serait déplacé pour quelques papules de lichen du gland, non prurigineuses, de faire un gros traitement arsenical. Donc, dans les cas de lichen localisé aux organes génitaux, on prescrira, si l'on veut, quelques gouttes de liqueur de Fowler, ou des injections de cacodylate de soude ou d'arrhénal. Mais on attachera aussi une certaine importance aux topiques qui rendront souvent de grands services. Les emplâtres à l'oxyde de zinc, à l'huile de foie de morue, aux préparations hydrargiriques : emplâtres de Vigo, emplâtres au calomel ou l'emplâtre rouge de Vidal, les deux derniers moins irritants, sont parfois très efficaces; les renouveler toutes les 24 heures.

L'ignipuncture peut être essayée dans les formes rebelles du gland. (Queyrat.)

Les lichens hypertrophiques du scrotum et du fourreau de la verge restent généralement indifférents à tous ces traitements. On répétera les applications de pom-

made salicylée faible, à 1 ou 2 pour 100 ou encore de pommade pyrogallique à 5 pour 100.

Il ne faudra pas s'étonner de voir échouer ces divers traitements et en présence de ces néoplasies on aura recours à des procédés plus énergiques, par exemple excision de la tumeur, ou simplement râclage à la curette après ramollissement des plaques cornées par des cataplasmes; ou mieux encore destruction au thermocautère.

Stelwagon aurait obtenu de bons résultats par la haute fréquence et par la radiothérapie. Pour cette dernière, nous ne pensons pas qu'il puisse être justifié d'user d'un agent aussi extraordinairement actif, et partant dangereux, contre les lésions hyperkératosiques du scrotum. Les possibilités de radiodermite et les risques de stérilisation testiculaire ne sont pas contrebalancés par les résultats que l'on devrait pouvoir escompter de l'action des rayons de Röntgen; et d'ailleurs un placard hypertrophique des organes génitaux peut être gênant, il n'en reste pas moins une affection bénigne. Mêmes remarques en ce qui concerne la curiéthérapie.

Nous n'avons pas parlé des cures thermales dans le traitement du lichen de Wilson. Nous ne les croyons pas d'une grande utilité. On pourra, cependant, envoyer aux eaux de la Bourboule les malades atteints de formes généralisées chroniques, et à Saint-Gervais, Neris, Luxeuil, Bagnères-de-Bigorre, les éruptions irritables et anormalement prurigineuses.

OBSERVATIONS

OBS. I. (Personnelle.) *Lichen plan généralisé* — *Localisation au fourreau de la verge.*

M. X..., 34 ans, marié; garçon de 13 ans bien portant. Il ne trouve à nous signaler dans ses antécédents personnels qu'une bronchite chronique et une blessure à la jambe gauche, en juillet 1916, par éclat de grenade. C'est précisément, sur la cicatrice de cette blessure que survient, trois ans plus tard, une éruption aboutissant bientôt à la formation d'un placard prurigineux, hypertrophique, du diamètre d'une pièce de 2 francs.

Vers le milieu de novembre 1920, des papules prurigineuses apparaissent en différentes régions du corps et s'accompagnent d'un peu de fièvre. Le malade consulte un médecin qui lui fait subir une frotte au savon noir et à la pommade soufrée. Non satisfait du résultat, le patient se fait alors, de sa propre autorité et successivement, 7 autres frottes analogues à la première.

Nous le voyons le 10 décembre 1920. Il présente des lésions prédominant aux avant-bras, quelques éléments sur le dos des mains du côté radial, à la jambe gauche un placard de lichen corné hypertrophique à bords découpés, de 8 cm. sur 4 cm., simulant une syphilide papillomateuse en voie de régression. A la jambe droite 3 ou 4 placards du même genre, beaucoup plus petits. Quelques papules sur l'abdomen et les fesses; quelques-unes dans les régions sus-scapulaires où on voit des traînées de petites papules

s'entrecouper et dues sans doute aux frottes antérieures.

A la verge nous trouvons une quinzaine de papules disséminées sur le fourreau, de la grosseur d'un grain de millet, saillantes, à sommet blanchâtre ou bleuâtre, nacrées, ressemblant à des gouttelettes de cire, brillantes, d'apparence presque vésiculeuse. Leur contour est arrondi plutôt que polygonal. Aucun élément sur le prépuce ni sur le gland. Quelques papules à la partie supérieure du scrotum, un peu plus larges que les lésions de la verge mais aussi plus planes et rougeâtres.

Rien sur la langue, ni sur les joues.

11 décembre 1920. — Nous faisons une première injection de novarsénobenzol Billon de 0 gr. 30 et nous prescrivons en outre une pommade mentholée.

15 décembre. — La précédente injection fut parfaitement supportée.

Nouvelle dose de 0 gr. 45.

21 décembre. — Le prurit a disparu; l'éruption s'atténue. Nous pratiquons une nouvelle injection de novarsénobenzol de 0 gr. 60.

28 décembre. — Le lendemain de l'injection de 0 gr. 60, le malade vomit et présente de la diarrhée pendant 2 jours, plus de prurit. Les papules planes sont affaissées, mais encore brillantes et de teinte plus violacée et brunâtre. Celles de la verge diminuent moins rapidement de volume.

Nouvelle injection de 0 gr. 60 de novarsénobenzol.

Le malade revient nous voir le lendemain de cette dernière injection. Il est pâle, fébrile, nous accuse plusieurs vomissements, le premier survenu environ 2 heures après la piqûre, de la diarrhée et de la céphalée.

Lorsque notre malade se représente le 10 janvier, nous constatons la disparition totale des papules lichéniennes, sauf à la verge où il faut d'ailleurs une grande attention pour déceler leur présence. Ce ne sont plus que de petits points brillants, nacrés, non prurigineux.

Les placards hypertrophiques des jambes sont très aplatis; la peau y est toujours rugueuse et sèche, mais l'amélioration est évidente.

Nous trouvons ici un mode d'évolution peu fréquent : début par lichen corné hypertrophique, puis généralisation sous forme de papules planes. C'est, au contraire, le processus inverse qui est habituel, le lichen corné hypertrophique étant généralement le reliquat des lésions de lichen plan.

OBS. II. (*Due à l'obligeance de M. le Dr Thibierge.*)

« M. V., 37 ans. Vient me consulter le 7 juillet 1911. Lésions cutanées datant de 4 mois, apparues à la suite d'une morsure par un chien, à la jambe. Depuis 15 jours, a constaté des lésions de la verge qui, comme celles du corps, ont été traitées par des pommades irritantes.

Les lésions cutanées sont limitées à la jambe gauche et aux poignets. Lésions caractéristiques à la partie postérieure des joues.

Sur la couronne du gland, plusieurs plaques blanches, infiltrées, légèrement desquamantes, du diamètre d'une tête d'épingle à celui d'un gros pois. Sur le fourreau de la verge, petits éléments blancs, brillants, plans, à peine infiltrés.

Je revois le malade en 1913; les lésions de la verge sont complètement guéries ».

OBS. III. (*Due à l'obligeance de M. le Dr Thibierge.*)

« M. M., 56 ans. Vient me consulter le 27 décembre 1913 pour un lichen de Wilson remontant à une quinzaine de jours, et occupant la presque totalité du tégument, avec une abondance d'éléments telle qu'ils sont confluent en larges nappes sur les membres et sur une grande partie du tronc.

Le gland est le siège de nombreuses papules blanches, typiques.

Aucune lésion de la muqueuse buccale ».

OBS. IV. (*Due à l'obligeance de M. le Dr Thibierge.*)

« Mme de F., 40 ans, environ. Vient me consulter le 6 janvier 1917, pour des taches blanches dont elle est atteinte sur les joues et la langue depuis un an.

Il s'agit manifestement de lichen de Wilson de la bouche, sans aucune altération du tégument, en particulier au niveau du poignet. Castration totale il y a 10 ans, à la suite d'accidents puerpéraux.

Revient le 24 mars 1917, toujours très inquiète de sa langue qu'elle regarde constamment.

Sur les épaules, je constate quelques papules lichénienues avec cônes cornés nets, pouvant être extirpés par la pression des ongles.

A la vulve, un groupe de papules d'un brun violacé sur la face externe de la grande lèvre gauche, dont elle ne peut préciser le début. Sur le bord libre des grandes lèvres, quelques saillies papuleuses, un peu granuleuses, sans infiltration. La malade a constaté à ce niveau des saillies cornées, acuminées, qu'elle a extirpées par la pression des ongles; en même temps, elle a provoqué l'expulsion d'un certain nombre de poils ».

OBS. V. (*Personnelle*). *Lichen plan généralisé avec lichen circiné du gland.*

M. X., 45 ans. Les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels ne donnent aucun renseignement intéressant. Rien dans les commémoratifs qui puisse être incriminé comme cause de sa maladie actuelle.

Celle-ci débute vers le 20 août 1920 par du prurit des jambes et des bras, démangeaison que le malade compare à celle des piqûres de puce. L'éruption existe à

cette époque, mais très atténuée. Elle se propage en quelques jours à tout le corps, laissant indemnes la face et le cuir chevelu. Le prurit est insupportable, continu avec exacerbations nocturnes. Un mois plus tard le malade se décide à voir un médecin qui d'ailleurs ne porte pas de diagnostic précis mais applique le traitement de la gale (frictions au savon noir et pommade d'Helmerich). Résultat nul et aggravation des signes fonctionnels et objectifs.

Nous voyons le malade le 20 octobre 1920 dans le service du Dr Thibierge. A distance, le diagnostic d'acariose semble devoir s'imposer. Erythrodermie intense; papules de prurigo disséminées sur tout le corps. Mais cependant on ne trouve aucun sillon en leurs points d'élections. Nous poursuivons classiquement l'examen et nous découvrons sur le fourreau de la verge une multitude de petites papules planes, brillantes, polygonales ou arrondies. Leur couleur ne tranche pas sensiblement sur celle de la peau saine; peut-être sont-elles légèrement plus rosées ou bistrées. Leur dimension varie de celle d'une tête d'épingle à un grain de mil, les plus nombreuses isolées et réparties sans ordre sur tout le fourreau, d'autres confluentes en petits placards de 8 à 15 mm. de large, chaque papule gardant plus ou moins son individualité. Des papules analogues sont disséminées sur le prépuce, mais sur le gland un élément frappe dès l'abord par sa configuration : c'est un anneau assez régulier, de 8 à 9 mm. de diamètre. Son cercle est continu c'est-à-dire que nous n'y retrouvons pas de papules élémentaires. Le centre n'en paraît pas atrophique mais garde au contraire tous les caractères du revêtement du gland normal. Les bords sont franchement surélevés, de près de un millimètre, de teinte rouge brumâtre presque identique à celle de la muqueuse qui l'entoure, mais à surface parfaitement lisse, brillante comme de la nacre. Sur le reste, au milieu de nombreuses papules très petites et rondes semées sur tout le gland et jusque sur le filet, on en dis-

tingue une notablement plus grande de 5 à 6 mm., irrégulière de contours. Tous ces éléments présentent la même coloration, ce qui fait qu'en somme toutes ces lésions de la verge étaient assez peu apparentes et si peu prurigineuses que le malade ne soupçonnait pas leur existence. Le diagnostic de lichen plan s'imposait et nous amenait à rechercher sur le reste du corps ce qui pouvait survivre de caractéristique après le traitement anti-galeux. Nous trouvâmes en effet parmi les excoriations une grande quantité de petites papules déformées, quelques rares encore polygonales, planes, brillantes sur la face antérieure des avant-bras, les jambes et l'abdomen, rarement isolées, le plus souvent réunies en placards. Aucune lésion de la muqueuse buccale.

L'analyse d'urine ne révèle rien d'anormal.

Voilà donc un malade qui a subi en ville un traitement de gale. On sait que l'acare a une prédilection pour la verge. Il ne présentait de plus aucune lésion buccale pouvant mettre sur la voie du diagnostic.

Cette observation est intéressante par ce fait que la nature de l'affection aurait pu être, sinon méconnue, tout au moins rendue incertaine par le seul examen des membres et du tronc. C'est ici, sur la verge, que nous avons trouvé la signature de la maladie, le lichen des organes génitaux, dans toutes ses variétés, ayant des caractères assez définis pour qu'il suffise à lui seul à faire porter un diagnostic indubitable.

OBS. VI. (*Personnelle*). *Lichen plan et lichen annulaire du corps et du fourreau de la verge.*

C'est un ouvrier manœuvre de 24 ans.

A. H., mère morte de suite de couches. Père bien portant.

4 frères ou sœurs bien portants également. 4 autres sont morts en bas âge. Les membres de cette famille n'ont jamais présenté d'affection analogue de la peau.

A. P. Aucune maladie grave. L'arcade dentaire supérieure est entièrement dégarnie. Les dents seraient tombées en 1917, suite d'accident. Ethylisme léger.

L'éruption apparaît le 9 octobre 1920, sur le flanc droit. Le flanc gauche est pris presque aussitôt. Prurit et papules font leur apparition simultanément. Dans les jours suivants les avant-bras et les jambes, puis enfin la verge, sont atteints.

Le prurit est insupportable et augmente la nuit à la chaleur du lit.

Examen. — Nous voyons le malade le 30 octobre 1920. Lésions caractéristiques aux avant-bras sur leur face antérieure : papules isolées et placards de 1 cm. de diamètre, présentant un réseau blanchâtre sur fond violacé. Les papules sont rosées ou jaunâtres et parfois déprimées au centre avec un pourtour rouge foncé irrégulier. A droite deux éléments annulaires à centre légèrement atrophique. On remarque une trainée de grattage parsemée de papules brillantes.

Toutes ces papules sont disséminées dans un quadrillage que l'on perçoit bien à jour frisant et formé d'éléments minuscules aplatis, très brillants, séparés entre eux par les plis de la peau. Ils ont une forme polygonale, rectangulaire ou triangulaire. C'est la lichénificatio minima de M. Thibierge qui n'est nullement spéciale au lichen de Wilson et s'observe dans un grand nombre d'affections prurigineuses.

Sur l'abdomen, à l'hypogastre et aux flancs, nombreuses papules avec des caractères plus ou moins nettement accrus. On y voit surtout 3 ou 4 éléments annulaires de 8 à

10 mm. de diamètre : un centre normal ou violacé cerclé d'un fin ourlet miroitant.

Quelques papules sur les jambes, d'autres nombreuses à la racine des cuisses.

Aucune lésion buccale. Sur la lèvre inférieure quelques arborisations blanchâtres, déprimées légèrement.

Sur la verge, à sa base, une grande papule de 5 à 6 millimètres de diamètre, irrégulière. Au côté droit du fourreau 8 ou 10 papules grosses comme une tête d'épingle, quelques-unes à gauche. Toutes ces lésions sont identiques à celles du bras et du tronc et sont prurigineuses.

Le gland, le prépuce et le scrotum sont intacts.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

30 octobre 1920. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 30 de novarsénobenzol Billon.

4 novembre. — Nouvelle injection de 0,30 de novarsénobenzol.

16 novembre. — Le prurit a sensiblement diminué d'intensité. 0 gr. 30 de novarsénobenzol.

23 novembre. — Le prurit a totalement disparu. Les papules de l'avant-bras, de l'abdomen et de la verge sont très affaissées. Elles ont perdu leur coloration jambonnée du début et sont bistrées. Sur l'abdomen, des éléments annulaires persistent avec un pourtour légèrement saillant et brillant, couleur de peau normale et un centre un peu déprimé et violacé.

Sur le fourreau de la verge à droite un examen attentif nous permet de découvrir la transformation de deux papules en éléments annulaires, le centre se déprime légèrement tandis que les bords gardent leur épaisseur.

Nouvelle injection de 0,45 de novarsénobenzol.

Nous revoyons notre malade le 1^{er} décembre. La disparition du prurit se maintient. Les papules n'existent plus en tant que papules. Ce sont seulement des taches jaunes

ivoire ou crème, reconnaissables surtout à leur aspect brillant.

La verge paraît normale. Cependant en tendant soigneusement la peau du fourreau et en examinant avec soin on distingue de petites taches brillantes, seuls vestiges des papules. Par contre un anneau luisant de 8 à 9 mm. de diamètre est encore très net. Le cercle y forme un relief continu sans aucune papule. Le centre n'est ni déprimé ni surélevé et la peau semble y avoir retrouvé tous ses caractères. Le second anneau, plus petit, est également visible.

A la lèvre inférieure, quelques traces de lésions anciennes : dépression légère, desquamation en écailles. Pas de lichen buccal.

14 décembre. — Aucune modification nouvelle.

Les deux anneaux se sont agrandis légèrement. On pratique une injection de 0,45 de novarsénobenzol.

21 décembre. — La médication avait été jusqu'ici très bien supportée. Le surlendemain de la dernière injection, le malade a eu un peu de diarrhée, accompagnée de céphalée.

Nous faisons néanmoins, une dernière injection de 0 gr. 45 de novarsénobenzol.

Nous sommes au 45^e jour du traitement, le 65^e de l'affection. Notre malade a reçu 2 gr. 25 de novarsénobenzol en six injections.

Il revient dans le service, vers la mi-janvier, inquiété par un léger érythème du cou et du scrotum.

L'amélioration s'est maintenue. Quelques taches brunes témoignent seules, sur l'emplacement des papules, de l'affection ancienne.

Pourtant, à la verge, les lésions circonscrites se sont encore élargies. Elles sont de nouveau en saillie et, fait intéressant, leur pourtour est découpé en petits tronçons brillants, nacrés, simulant des papules; le cercle semble s'être craquelé faute de pouvoir suivre le processus centrifuge.

Aucune papule nulle part ailleurs.

La muqueuse buccale reste normale.

En somme, le lichen a partout régressé, sauf les deux lésions annulaires de la verge qui ne déterminent d'ailleurs aucune gêne.

OBS. VII. (*Due à l'obligeance de M. le Dr Thibierge.*)

« M. L., 39 ans, a remarqué, il y a 5 ou 6 semaines une tuméfaction du gland qui s'est étalée et il y a 3 semaines des lésions sur le thorax, qui se sont multipliées.

Le 7 mai 1912, je constate sur la partie supérieure du gland une plaque à bords circonés et blanchâtres, à fond violacé, légèrement saillante, qui est à n'en pas douter une plaque de lichen de Wilson.

Sur le tronc, un certain nombre d'éléments circonés de lichen de Wilson. Plaques caractéristiques à la partie postérieure des joues et sur le bord de la langue.

Le 26 juin 1912, l'éruption s'est beaucoup développée sur le tronc et a envahi les membres qui étaient à peu près indemnes en mai ».

OBS. VIII. (*Due à l'obligeance de M. le Dr Thibierge.*)

« M. X., japonais, 45 ans environ. Me montre le 7 juin 1918 une lésion de la verge remontant à quelques mois. Il s'agit d'un élément circoné, de la largeur d'une pièce de 1 franc, à bordure blanche légèrement saillante, formée de papules caractéristiques de lichen. Le centre est un peu déprimé. La lésion siège sur la partie supérieure du gland et envahit le prépuce. Elle s'accompagne d'une légère sensation de chaleur, sans prurit. Le malade, qui s'est observé très minutieusement, a constaté que la lésion a débuté par une petite tache non prurigineuse qui s'est étalée excentriquement et assez rapidement: il a pensé, en raison de cette extension, qu'il s'agissait d'une affection parasitaire.

Le diagnostic de lichen est confirmé par l'examen de la bouche, et la constatation de lésions typiques sur la joue droite et le bord droit de la langue. Aucune lésion du tégument.

En juillet 1918, la lésion du gland paraît en voie d'amélioration et s'exfolie légèrement.

En juin 1920, la lésion du gland est un peu améliorée, mais toujours apparente ; l'état de la bouche n'est pas modifié. Sur le tégument, je constate un seul groupe lichénien sur la cuisse gauche. »

OBS. IX. — (Personnelle.) — *Lichen plan généralisé avec lichen en arcades de la région périgénitale et de la grande lèvre.*

Mme X..., 60 ans, 6 frères ou sœurs bien portants. Elle n'a pas eu d'enfant et n'a jamais fait de fausse-couche. Le nervosisme est chez elle évident. Obésité. Constipation invétérée. Ménopause en 1913. Elle nous montre une éruption que nous n'avons pas de peine à diagnostiquer d'emblée lichen de Wilson.

Histoire. — En août 1911, sur une éraflure du poignet droit en voie de cicatrisation surviennent deux ou trois papules. Fait curieux, cinq ou six éléments analogues se montrent le mois suivant sur une petite plaie de la jambe. L'éruption s'étend de jour en jour et fut généralisée au bout de trois mois. Surtout intense aux avant-bras et aux creux poplités, elle se manifeste également aux pieds et aux mains dans les espaces interdigitaux et jusque sous le rebord inguinal, aux flancs, aux lombes, sur le cuir chevelu, à la nuque et au cou. Seule, la face est indemne. Nombreux éléments isolés dans la bouche, à la face interne des joues et sur la langue.

Rien alors aux organes génitaux.

Prurit et céphalée.

La réaction de Wassermann fut trouvée négative. Les urines ne renfermaient ni sucre, ni albumine.

En janvier 1912, la malade est adressée par le professeur agrégé Rathery au docteur Thibierge, qui essaie successivement et sans obtenir d'amélioration la pommade au menthol, les bains de son, d'amidon, la nisaméline. En présence de tous ces insuccès, dans cette forme particulièrement rebelle, M. Thibierge fait pratiquer une ponction lombaire. Dans les jours qui suivent, la céphalée et le prurit diminuent très notablement et ce résultat se maintient. Quinze jours plus tard, on renouvelle la ponction qui, cette fois, supprime complètement le prurit en même temps que les papules s'affaissent pour disparaître au mois de juin. Le liquide céphalo-rachidien retiré par les ponctions fut trouvé normal.

La guérison persistait depuis 1912, lorsque quelques papules firent à nouveau leur apparition sur la muqueuse buccale en mars 1919, puis au poignet droit. La malade attribue cette récurrence à une grave contrariété éprouvée six mois auparavant (?). Sont pris bientôt le poignet gauche, le bord interne du pied droit, les lombes, les flancs et les plis sous-mammaires.

Alternatives de décroissances et de reprises, plus ou moins sous la dépendance de traitements variés.

Examen. — Le 10 octobre 1920, les lésions lichéniennes sont indubitables sous la forme de papules typiques et nombreuses à la face antérieure du carpe, surtout à droite. sur les avant-bras et les flancs.

Aux lombes, les papules sont rassemblées dans la gouttière spinale. Aspect atypique avec leur surface desquamante et mate, des contours arrondis, déformés.

Aucune lésion buccale, ni génitale.

Le 9 novembre 1920, la malade revient, inquiétée par une éruption périgénitale survenue depuis deux semaines. A l'examen on constate : de l'extrémité interne du pli in-

guinal droit jusqu'au sillon interfessier, trois placards circonscrits de dimensions inégales. Le plus petit occupe le pli inguinal irrégulièrement arrondi, de près de deux centimètres de diamètre. Le centre présente une coloration rosée très voisine de celle de la peau saine. Les bords sont surélevés, papuleux, rougeâtres, fissurés. Ils sont de plus légèrement infiltrés et squameux. Le second placard, plus proche des organes génitaux externes, est situé en pleine région pileuse, sur la limite inférieure du pubis. C'est, en plus grand, une lésion circonscrite analogue à la précédente, de trois centimètres environ de diamètre, irrégulière. Le cercle est incomplet. Enfin, un placard large de neuf à dix centimètres, tangent au précédent, occupe le pli génito-crural, débordant d'un côté sur la cuisse, de l'autre sur la grande lèvre, en haut vers le pubis et en arrière dans le sillon interfessier. Les bords en sont formés par de larges arcades surélevées, rouges avec des papules nettement délimitées et brillantes dans la région pubienne. Le centre est ici blanchâtre, légèrement violacé, d'aspect crépeux par places. Sur la grande lèvre, la lésion est plus foncée. Elle se termine insensiblement sur la face interne de la lèvre.

Il y a également deux petits cercins dans le sillon génito-crural gauche ou plutôt deux demi-cercles luisants se faisant suite l'un à l'autre et quelques papules isolées comme on en voit sur le pubis, polygonales et brillantes. Tandis que le centre régresse, le pourtour devient papuleux. L'ensemble constitue une nappe à contours polycycliques qui simule à s'y méprendre l'eczéma marginé. Seul, un examen attentif a permis de retrouver des papulés typiques sur les bords et de rapporter ces efflorescences au lichen de Wilson dont nous avons trouvé les manifestations par ailleurs. Prurit très intense. Urines normales.

OBS. X. — (Personnelle.) *Lichen plan généralisé avec lichen annulaire de la vulve.*

Mme G..., 70 ans. Les parents ne présentèrent jamais aucune affection analogue à celle de notre malade.

Mariée depuis 41 ans. Le mari se porte bien. Quatre enfants.

Pas d'autre affection à signaler qu'une sciatique droite en 1912.

A noter, au mois de juin 1919, un petit accident qui impressionna assez fortement la malade : Elle est renversée par un cycliste. C'est à cette chute et à la peur éprouvée que la malade attribue son affection actuelle.

Histoire. — L'éruption débute à la fin d'octobre 1919, par un élément de la dimension d'une pièce de 50 centimes, ressemblant, dit la malade, à une piqûre de puce, très prurigineuse, sur la cuisse droite. Dans les jours qui suivent, l'éruption se montre simultanément sur les jambes, les cuisses, les avant-bras, les plis génito-cruraux et inguinaux, sur la vulve, le pubis qui, plus qu'aucun autre point du corps est le siège de démangeaisons intolérables, empêchant tout sommeil.

Vers la fin de janvier 1920, il se forme, dans le creux poplité droit de larges placards, en même temps qu'il en apparaît sur l'abdomen et dans la région dorso-lombaire. Rien dans la bouche à cette époque.

Le 24 avril, la malade vient à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis et, malgré la pommade mentholée et la solution arsenicale prescrites, les démangeaisons persistent avec la même intensité.

Enfin, le 9 juin 1920, la malade entre dans le service du docteur Thibierge, salle Alibert, n° 3, et voici ce que l'on constate à son arrivée.

Examen. — *Membres supérieurs* : 4 ou 5 petites papules polygonales brillantes et à surface plane sur les bras. De

nombreux éléments analogues sur les avant-bras. Rien aux mains.

Membres inférieurs : Dans le creux poplité droit, surtout sur son côté interne, de larges placards rougeâtres, jambonnés, à surface brillante, légèrement surélevés, confluents, contours polycycliques. La surface est striée, donnant au doigt une sensation de sécheresse et de rugosité. A leur pourtour, nombreuses papules typiques ; certaines sont ombiliquées ou déprimées à leur centre. Elles se disséminent en diminuant de nombre et de dimension sur les cuisses et les mollets. Même disposition à gauche, mais l'éruption est moins prononcée.

Tronc : Petites papules innombrables répandues sur l'abdomen et jusque sous les seins.

Rien dans la bouche.

Organes génitaux : Entre les poils du pubis, les papules sont perdues au milieu d'excoriations qui modifient leurs caractères. Les éléments éruptifs s'accusent très nettement dans les plis inguinaux, augmentent de nombre au fur et à mesure qu'on se rapproche des plis génito-cruraux et des grandes lèvres. Dans les fossettes génito-crurales, de nombreuses papules forment une aire triangulaire à base génitale, à sommet se prolongeant vers les cuisses. Ce sont des papules plus ou moins acuminées, quelques-unes centrées d'une squame épaisse et adhérente. Les éléments confluent en amas de trois ou quatre qui suivent la direction du pli génito-crural envoyant des expansions vers les grandes lèvres où ils sont de dimension moindre mais à centre plus creusé. La disposition de papules accolées l'une à l'autre à la périphérie, tangentes par leurs bords en « collier de perles » et comme aplaties latéralement par pression réciproque est difficilement reconnaissable. On trouve plutôt des éléments annulaires ou ovalaires dont le cercle ou l'ovale est à peu près continu et régulier mais dont l'épaisseur cependant n'est pas constante dans toute leur étendue. Ils font une saillie très

nette au-dessus du niveau des parties saines. On cherchaît en vain le brillant caractéristique ; les éléments se détachent en gris sale et terne sur le fond plus foncé, terreux. Le centre des anneaux est déprimé et pigmenté. Les circinations ont de 6 à 10 millimètres de diamètre et la ressemblance est assez exacte avec les syphilides papulo-érosives ou encore circinées.

Dans les sillons interlabiaux droit et gauche et à mesure que l'on se rapproche des petites lèvres, la coloration devient plus blanche. Elle est encore grisâtre mais opalescente. On découvre de plus des traînées opalines, grisâtres ou légèrement bleutées de 10 à 20 millimètres de longueur. Ces petites traînées plus ou moins sinueuses ne sont ni déprimées, ni surélevées et semblent seulement, vues par transparence au travers d'un épiderme aminci, quelque chose comme le dessin d'une porcelaine peinte sous l'émail. Une de ces arborisations intéresse le clitoris et son capuchon, se moulant sur les plissements de la région. Des traînées semblables sont moins nettement visibles sur la face interne des petites lèvres, sur le vestibule du vagin et les caroncules. Sur la face interne de la petite lèvre droite, 4 ou 5 petites taches irrégulièrement arrondies, blanchâtres, nullement papuleuses, la plus grosse de 6 à 7 millimètres dans son grand diamètre.

Notons un certain degré de kraurosis, vraisemblablement physiologique, avec coloration jaune ivoire de la muqueuse.

On perçoit une légère infiltration des papules qui ne donnent plus ici cette sensation de sécheresse que l'on éprouve en d'autres régions.

Les organes génitaux proprement dits ne sont pas prurigineux, par contre les démangeaisons sont intenses dans les plis génito-cruraux et surtout sur le mont de Vénus.

L'examen des urines ne décèle ni sucre, ni albumine.

7 août 1920. — Le traitement, après une ponction lom-

baire, restée inefficace, a consisté en applications de pommade mentholée, lotions au lysol, bains d'amidon.

Le prurit s'atténue légèrement. Les nuits sont calmes jusque vers 1 heure du matin. L'éruption a tendance à diminuer. Elle prend une coloration se rapprochant de l'oranger.

L'examen de la muqueuse buccale resté négatif jusqu'à présent montre sur la joue gauche, en regard des grosses molaires, un petit point blanchâtre, déprimé, à contour irrégulièrement arrondi.

30 août 1920. — Quelques éléments apparaissent sur le cuir chevelu, au niveau de la nuque.

On commence alors un traitement par le novarsénobenzol Billon et on pratique une première injection intraveineuse de 0 gr. 15

6 septembre 1920. — Novar. 0 gr. 30.

21 septembre. — Quatrième injection de 0 gr. 30 de novarsénobenzol.

La malade accuse une diminution très notable du prurit. D'une façon générale, l'éruption s'atténue. Pourtant aux faces de flexion des jambes, surtout aux mollets persistent de larges placards de couleur rouge bistre intense.

La tache buccale se prolonge sur une longueur d'environ 15 millimètres en un dessin festonné.

OBS. XI. — *Un cas rare de lichen plan de Wilson. — Nervosisme excessif. — Anurie relative. — Eruption des muqueuses buccale et urétrale. — Guérison rapide par l'hydrothérapie chaude.* (A. Page, Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, p. 171, 1893.)

(Nous ne reproduisons de cette observation, très intéressante à bien des égards, que les passages essentiels et utiles pour notre étude.)

L'auteur, âgé de 25 ans, était alors interne à l'Hôpital de Berck-sur-Mer.

« Je commençai à souffrir le 2 octobre. Pendant la nuit je sentais au pubis et au scrotum de fortes démangeaisons, je me grattais énergiquement; tout disparaissait le jour. Ceci dura quatre nuits, et l'examen le plus attentif chaque matin, ne pouvait m'expliquer la cause de ce prurit nocturne. Le 5^e jour seulement, c'est-à-dire le 7 octobre, je trouvai sur le gland une petite plaque blanchâtre, de 4 ou 5 millimètres de diamètre, qui m'effraya beaucoup, l'idée d'une plaque muqueuse m'étant venue aussitôt. Cependant la plaque était sèche, elle me démangeait fort, je n'avais pas de ganglion dans l'aîne, et mes souvenirs ne me reprochant aucune fréquentation suspecte, je me rassurais un peu.

Le lendemain d'autres plaques vinrent augmenter ma perplexité; elles siégeaient sur la partie gauche du scrotum : blanchâtres comme la première, elles étaient à peine surélevées, d'un diamètre de 5 à 10 millimètres, et très prurigineuses. Elles s'étendirent bientôt sur tout le scrotum. En même temps de légères démangeaisons me vinrent sur tout le corps, mais l'éruption ne devint manifeste que le 12 octobre. Ce jour-là je pus voir de très petites papules à sommet nacré, brillant, entourées d'une base rougeâtre : elles siégeaient principalement sur le tronc et sur les bras, mais très clairsemées.

Le 13 octobre je vins à Paris, dans le service de M. Besnier, où M. Thibierge voulut bien me voir et fit le diagnostic de lichen plan; il me découvrit dans la bouche des plaques blanchâtres siégeant principalement sur la muqueuse des joues. Il me conseilla des douches chaudes et la liqueur de Fowler. Rentré à Berck je pris consciencieusement mon arsenic à la dose de 15 gouttes par repas, mais je ne pus prendre les douches chaudes.

... (Aggravation du 15 octobre au 15 novembre. Insomnie).

... Je dois signaler ici un fait, c'est que la démangeaison précédait toujours l'apparition des papules, à tel point que j'annonçais une éruption un et deux jours à l'avance à mes camarades.

... (Progression incessante de l'éruption qui est bientôt généralisée sans cependant dépasser le cou).

... Maintenant j'ai à parler d'une éruption que malheureusement j'étais peu en mesure d'observer : celle des muqueuses. L'éruption de lichen buccal devient confluyente sur toute la muqueuse sauf sur celle de la langue; elle apparaissait même sur les lèvres. Mais, en outre, il existait sur le gland, à l'entrée du méat, une plaque rouge analogue à celles qui siégeaient tout à côté, et qui avaient succédé aux plaques blanchâtres du début; en écartant le méat, on voyait distinctement cette plaque se continuer en dedans de l'orifice urétral, aussi loin que pouvait porter la vue. L'éruption remontait-elle plus haut? Je n'ose l'affirmer et cependant je le crois, car j'ai eu des douleurs tout le long du canal principalement au moment de la miction, mais aussi en dehors d'elle, et cela pendant une dizaine de jours environ.

A ce même moment, je fus pris d'un enrouement que nulle cause ne pouvait expliquer; je l'attribuai, bien hypothétiquement, je l'avoue, à une localisation laryngée de ma maladie. Enfin, je dois ajouter qu'à la même époque, sans aucune constipation d'ailleurs, j'avais en allant à la garde-robe, des sensations de brûlures remontant assez haut dans le rectum.

Autre remarque : je fus frappé de la petite quantité d'urine que je rendais; j'avais à peine une miction par 24 heures et encore très peu abondante...

... Aucune médication antiprurigineuse ne parvient à cal-

mer le malade. Le chloral et le sulfonal à haute dose donnent peu de résultat contre l'insomnie...

... Le 29 novembre je vins à Paris, et j'allai consulter M. Besnier qui m'ordonna la douche chaude deux fois par jour. A partir de ce moment j'ai cessé toute autre médication, je n'ai plus pris de liqueur de Fowler. J'ai continué seulement pendant quelque temps encore à prendre du chloral et du sulfonal, mais à doses de plus en plus faibles.

Le 30 novembre au soir j'avais pris trois douches. Je me couchai après avoir pris deux grammes de chloral, et moi qui n'avais pas ou presque pas dormi depuis 15 jours, je dormis dix heures d'un seul somme.

... Au bout de huit jours mes douleurs sont déjà notablement diminuées, je trouve maintenant mes démangeaisons supportables. Quant à l'éruption elle n'a subi à peu près aucune modification...

... Les jours suivants je prends toujours régulièrement mes deux douches, et je vais de mieux en mieux; je dors maintenant 5 à 6 heures par nuit, et pendant le jour j'ai quelques moments où je souffre beaucoup moins.

... Le 15 décembre, l'éruption a diminué, elle a considérablement pâli sur les avant-bras et les jambes. Sur les lombes seulement elle est encore la même. A cette époque aussi la paume des mains et la plante des pieds commencent à desquamer en grands lambeaux semblables à ceux de la scarlatine.

Depuis quelques jours aussi j'ai des mictions plus fréquentes et plus abondantes.

... Enfin le 30 décembre je me considère presque comme guéri, je ne souffre plus du tout, sauf lorsque je manque une douche.

... La fonction urinaire s'est rétablie en même temps

que l'éruption elle-même est disparue, sauf aux lombes et au côté flexion des articulations où la peau est encore un peu rouge et gonflée.

De temps en temps cependant une légère démangeaison le soir m'annonce pour le lendemain matin quelques papules nouvelles très pâles, qui disparaissent très vite d'ailleurs.

... L'éruption disparaît complètement et le 9 janvier, 40 jours après la première douche, je me présente à la Société de Dermatologie, n'ayant plus aucun symptôme, et ne gardant de ma maladie que la forte pigmentation qu'elle m'a laissée sur tout le corps, signature de son intensité...

(A son tour, cette pigmentation disparaît peu à peu).

OBS. XII. *Lichen plan de la muqueuse urétrale* (Heuss. Lichen planus des Urethralschleimhaut. Monatshefte für Praktische Dermatologie XXXI Band 1900).

Il s'agit d'un jeune brésilien chez qui la lésion de la muqueuse buccale fut découverte par hasard, alors qu'il consultait pour soins dentaires.

« A la face interne des deux joues, surtout à droite, et correspondant exactement aux molaires, ainsi que délimitant le bord gauche de la langue, on voyait des éléments en forme d'anneau ou de guirlande, un délicat réseau de fines bandelettes dont la couleur variait du blanc laiteux au blanc d'argent et des plaques très épaissies, nettement perceptibles au doigt, représentant l'épithélium kératinisé. Au bord de la langue se trouvait un épaississement épidermique, arrondi, de la grosseur d'une lentille, blanchâtre, à bords taillés à pic au dehors et plus plats en dedans, dont un fin réseau de bandelettes cornées, épaissies se détachait nettement, en gaufrage.

L'absence d'inflammation et la configuration bien propre rendaient inadmissible le diagnostic de simple érosion

ou de plaque syphilitique et le diagnostic de lichen plan de la muqueuse buccale s'imposait à première vue.

Le reste du corps paraissait intact. Pourtant après une recherche soigneuse, je trouvais sur la face inférieure du pénis et du scrotum, deux éléments typiques de lichen plan annulaire, de la grosseur d'un pois à celle d'un haricot, comme j'en ai décrit un autre cas dans *Internat Atlas Seltener Hautkrankheiten*. Aucun signe subjectif, pas de démangeaisons. Le sujet avait toujours été bien portant, ne présentait aucun ganglion, et n'avait jamais eu de maladie vénérienne. L'examen des urines montrait quelques fins flocons en forme de membranules. Ni sucre, ni albumine. Mais parfois, surtout dans les derniers temps, le malade avait une sensation de chatouillement dans la partie antérieure du canal et au méat. Je pensais, à la réflexion, qu'il pouvait s'agir d'un lichen de l'urètre. L'examen urétroscopique pratiqué par mon collègue Hottinger a donné les trouvailles intéressantes que voici : A peu près au milieu de la verge, sur la paroi supérieure, deux taches blanchâtres tranchant nettement sur la rougeur du fond, l'une postérieure arrondie, de la grosseur d'un pois environ, l'autre antérieure plus petite, allongée. Sur la plus grosse plaque, on voyait en un point un réseau de fines bandelettes blanches. Les plaques ne portaient pas les caractères d'une infiltration gonococcique, ne semblaient pas pouvoir être confondues avec une formation glandulaire, mais reposer tout à fait sur un épaissement de la muqueuse. Le reste de la muqueuse urétrale était normal. (Examen avec tubes 27 et 30 Charrière).

En raison de ce que nous avons observé et en l'absence d'antécédents gonococciques, il n'y a aucun doute sur le diagnostic : lichen plan de la muqueuse urétrale. Le diagnostic a trouvé sa confirmation après deux mois de traitement arsenical : celui-ci a donné une complète disparition des plaques urétrales. L'affection s'est montrée

autrement rebelle sur la muqueuse buccale, au pénis et au scrotum où, quatre mois après, on pouvait encore en observer des traces.

Je n'ai pas trouvé de cas semblables dans la littérature. Sans doute que des examens plus fréquents du canal de l'urètre montreraient que cette localisation du lichen plan n'est pas aussi rare qu'elle semble le paraître.

CONCLUSIONS

1° Le Lichen de Wilson est une maladie nettement différenciée, parfaitement autonome. Le polymorphisme de ses lésions plaide en faveur d'une origine infectieuse. La grande rareté des récives donne à penser que cette infection est auto-vaccinante et spécifique. (Thibierge.)

2° Le revêtement des organes génitaux peut être le siège des lésions lichéniennes dans toute son étendue.

3° La localisation génitale du Lichen de Wilson est fréquente, qu'elle ne soit qu'un épisode d'un lichen généralisé (cas habituel), ou que cette localisation soit au contraire isolée et unique. Il s'agit alors d'un lichen primitif des organes génitaux, avant-coureur d'une éruption se généralisant par la suite; ou bien d'une lésion rebelle, reliquat d'un lichen précédemment généralisé et dont les autres manifestations ont disparu. Enfin, mais c'est ici un fait plus rare, le lichen ne s'est montré qu'aux organes génitaux, demeurant tel jusqu'à la guérison.

4° Les caractères morphologiques du lichen génital sont aussi nets et aussi bien définis que ceux du lichen du corps. Ces caractères sont tels qu'ils permettent souvent de poser avec certitude un diagnostic que des lésions du

corps, déformées par une cause quelconque, ordinairement par des traitements intempestifs, ou encore atypiques, ne permettaient pas d'établir. De sorte que le lichen des organes génitaux doit, chez l'homme tout au moins, être recherché systématiquement dans les cas douteux d'affections cutanées papuleuses sèches et servir au diagnostic du Lichen de Wilson au même titre que le lichen buccal. (Thibierge.)

5° Il n'existe pas aux organes génitaux de formes spéciales du Lichen de Wilson. Tous les aspects peuvent s'en retrouver sur d'autres régions.

Le lichen des muqueuses vraies est presque identique au lichen buccal ou encore au lichen conjonctival

La papule plane se voit sur la peau des organes génitaux et sur les semi-muqueuses avec ses caractères habituels. C'est l'élément le plus fréquent.

Le lichen annulaire à papules multiples est la forme qui atteint d'ordinaire la vulve et le gland.

Sur le fourreau, comme aussi, mais un peu plus rarement, sur le gland, on trouve la forme annulaire à élément unique.

Au scrotum, il s'agit très fréquemment de lichen hypertrophique corné.

6° Le novarsénobenzol nous paraît être actuellement le médicament le plus actif et donnant les meilleurs résultats dans les lichens subaigus. On l'emploiera encore avec grand profit dans les formes hypertrophiques relativement récentes. La dose initiale sera faible, et la dose totale inférieure à environ 3 grammes.

Cette médication ne supprime pas les traitements symptomatiques classiques qui seront surtout appréciés au début du traitement.

Dans les formes localisées seulement aux organes génitaux on s'en tiendra aux préparations arsenicales moins actives (liqueur de Fowler, cacodylate de soude, etc.) et aux traitements externes locaux.

Vu :
Le Doyen,
H. ROGER.

Vu le Président,
JEANSELME.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Abrahams.** — Lichen planus of penis. *Journal of Cutaneous diseases*, août 1906.
- Arndt.** — Beitrage zur Kenntniss des Lichen nitidus. *Dermatologische Zeitschrift*, 1909, Bund, 16.
- Audry.** — Lichen plan ayant débuté par les muqueuses. *Bulletin de la Soc. de Dermat. et Syphilig.*, août 1894.
- Audry.** — Lichen nitidus. *Annales de Dermatologie*, 1913, t. IV, p. 669.
- Balzer et M^{lle} Landesmann.** — Un cas de kraurosis vulvæ. Ses relations avec le lichen atrophique. *Société de dermatologie et syphiligraphie*, juillet, 1913.
- Besnier.** — Lichen plan typique. *Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis*, 1889.
- Besnier-Brocq-Jacquet.** — La Pratique Dermatologique, 1902.
- Bulkley (Duncan).** — Lichen of Penis. *Archiv. of Dermatology*, 1881, t. VII, p. 135.
- Chatellier.** — *Annales de Dermatologie*, 1918-1919, p. 341.
- Civalte.** — Lichen nitidus coexistant avec un lichen plan. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1911.
- Colcott Fox.** — The lancet, 1876-1880.
— British méd.-Journal, août 1879.
- Crocker.** — Medical Society of London, mars 1882.
— Lichen planus : its variations, relations and imitations. *The British Journal of Dermatology*, déc. 1900.
- Dalla-Favera.** — Deux cas de lichen nitidus. *Annales de Dermat.*, 1911.

- Darier.** — Précis de Dermatologie, 1909.
- Delille et Druelle.** — Lichen plan localisé aux muqueuses buccale et préputiale. *Journ. des mal. cut. et syph.*, 1903, p. 641.
- Dind.** — Lichen et lichénification. *Annales de Dermat.*, 1920.
- Dubreuilh.** — Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, fév. 1906.
- Engelmann.** — Schleimhaut Lichen. *Berliner klinische Wochenschrift*, avril 1909.
- Fordyce.** — Clinical types of lichen planus. *Jour. of cut. Dis.*, mai 1919.
- Gaucher et Louste.** — Lichen plan du fourreau de la verge. *Bul. de la Soc. de Derm.*, mai 1907.
- Gaucher et Druelle.** — Lichen plan (ongles, conjonctives, verge, scrotum). *Ann. de Dermat.*, 1904, p. 78.
- Gebert.** — Lichen ruber verrucosus scroti. *Dermatologische Zeitschrift*, 1894, p. 507.
- Grünfeld.** — Lichen ruber planus (gland, prépuce, scrotum). *Arch. für Dermat.*, juillet, 1909.
- Hallopeau.** — Bulletins de la Société de Dermatologie, 1887-1891.
- Heguy.** — Etude sur le Lichen planus. *Thèse de Paris*, 1880.
- Hoffmann.** — Lichen scléreux des organes génitaux de la femme. *Dermatolog. Zeitschrift*, 1914, n° 21.
- Hyde.** — Leucoplasie et lichen des muqueuses. *Jour. of Cut. Dis.*, mars 1903.
- Jadassohn.** — Beiträge zur Kenntniss des Lichen nebst einigen Bemerkungen zur Arsenthérapie. (*Festschrift zu Ehren von Moriz Kaposi*, 1900).
- Lavergne.** — Contribution à l'étude du Lichen plan. *Thèse de Paris*, 1883.
- Leredde et Martial.** — Lichen et leucoplasie vulvaire. *Rev. gén. de clinique et thérapeutique*, nov. 1906.
- Little.** — British Journal of Dermatology, 1900, p. 100.
— Lichen planus. *The Journal of cut. Dis.*, oct. 1919.
- Mracek.** — Handbuch der Hautkrankheiten, 1905.

- Morel-Lavallée.** — Transmission du lichen plan. *An. de Dermat.*, 1900.
- Nobl.** — Wiener klinische Wochenschrift, 1916.
- Page.** — Lichen de la muqueuse buccale et urétrale. *An. de Dermat. et de syph.*, 1893, p. 171.
- Parounagian.** — Lichen planus annularis. *Arch. of. Derm. and. syphil.*, janv. 1921.
- Pautrier.** — Lichen plan des muqueuses. *Bulletin médical*, avril, 1907.
- Pellier.** — Leucoplasie pénienne. *An. de Dermat.*, juin 1912.
- Pinkus.** — Lichen nitidus. *An. de Dermat.*, 1913.
- Ravogli.** — Lichen planus verrucosus. *Journ. of. cut. Dis.*, déc. 1904.
- Rayer.** — Traité théorique et pratique des maladies de la peau, 1835.
- Rieke.** — Lichen ruber (*dans traité de Mracek*), 1905
- Sabouraud.** — Anatomie pathologique du Lichen de Wilson. *An. de Derm.*, 1910, p. 500.
- Sachs.** — Wiener Dermatologische Gesellschaft. *In Wiener klinische Wochenschrift*, nov.-déc., 1916.
- Schamberg.** — The Philadelphie Dermatological Society, avril, 1906.
- Schütz.** — Beiträge zur Kenntniss des Lichen ruber. *Arch. für Derm.*, 1908, vol. XCI.
- Stelwagon.** — A Treatise on diseases of the skin. *Art. lichen planus*, p. 221, 8^e édition, 1916.
- Thibierge.** — Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen plan. *An. de Dermat. et de syph.*, 1885.
- Traité de médecine, Charcot-Bouchard, 1882, 1899.
- Kraurosis vulvæ. *An. de Dermat. et de syph.*, 1908.
- Conception générale du lichen de Wilson. *Paris médical*, n° 48, nov. 1920.
- Thibierge et Boutelier.** — Lésion du scrotum et plaque à

- tendance atrophique du fourreau de la verge chez un homme atteint de lichen de Wilson. *Soc. fr. de Derm.*, avril, 1920.
- Thibierge et Ravaut.** — Influence de la ponction lombaire sur le prurit du lichen de Wilson. *Bull. de la Soc. de Derm.*, nov. 1905.
- Veiel.** — Lichen ruber planus als Familienerkrankung. *Arch. für dermat.*, 1908.
- Vignolo-Lutati.** — Del lichen piano atrophico. *Giornale Italiano della malattie Veneree e della Pelle*. Fasc. I et II, 1907.
- Vorner.** — Dellenbildung bei Lichen ruber planus der Schleimhaut. *Dermat. Zeitschrift*, vol. XIII, page 107, 1906.
- Voulfsson (M^{lle}).** — Leucoplasie vulvaire et kraurosis vulvaire. *Th. de Paris*, juillet 1910.
- White.** — Lichen planus. A critical analysis of sixty-four cases. *Journ. of cut. dis.*, oct. 1919.
- Wilson.** — On lichen planus. *Journ. of cut. méd. and diseases of the skin*, juillet, 1869.
- Wise.** — Lichen of the glans penis. *Medical Record*, fév. 1914.
-



